FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

31

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

EMMOU COFFI

L'ORIENTATION DE LA POLITIQUE SANITAIRE EN COTE D'IVOIRE

Président : M. Maurice DEPARIS, Professeur

1966

IMPRIMERIES RÉUNIES
22, RUE DE NEMOURS
RENNES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546003_0074

L'ORIENTATION
DE LA
POLITIQUE SANITAIRE
EN
COTE D'IVOIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

EMMOU COFFI

L'ORIENTATION DE LA POLITIQUE SANITAIRE EN COTE D'IVOIRE

Président : M. Maurice DEPARIS, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET (L), BULLIARD (H), CADENAT (F), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN ..... M. BROUET (G)

1er ASSESSEUR ..... M. BARGETON (D)
2e ASSESSEUR ..... M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	COURY (Ch)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér. et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pathologie exotique	N...

	MM.
Pathologie exp. et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Path. et Thér. générale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Phys. et Path. obstétricale	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chir. exp.	CAUCHOIX (J)
Therapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI(J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	KELLERSHOHN(L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale		REDON (H)
Clinique cardiologique		SOULIE (P)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de Chir.inf. et orth.		FEVRE (M)
Clin.chir.orth. et traumatol.		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clin.de chir.cardio-vasculaire		DUBOST (Ch.)
Clin. de Chir.pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique		DECOURT (J)
Clinique de Génétique Médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)
Clin.des mal. cut. et syphil.		DEGOS (R)

		MM.
Clin. des mal. des enfants		TURPIN (R)
Clin. des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clin. des mal.ment. et de l'encéph.		DELAY (J)
Clin. des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		BERNARD (J)
Clin. des mal. du système nerveux		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Broussais	LENEGRE (J)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Sainte-Anne	BOUDIN (G)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S.de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clin.d'hydrologie et climatologie		DEBRAY (Ch)
Clin.méd. inf. de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique méd. propédeutique		JUSTIN-BESANÇON(L)
Clin.méd.soc. du diabète sucré et des maladies de la nutrition		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID (M)
Clinique neurologique		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clin.obst. et gynecologique		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel Dieu)		OFFRET (G)
Clin.oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clin.de péd. et de puériculture		THIEFFRY(S)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clin.de neuro-psychiatrie infantile		MICHAUX (L)
Clin. de rhumat. méd. et soc.		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME(M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M)
Clinique urologique		ABOULKER (P)
Clinique traumatologique		PADOVANI (F)
Séméiologie médicale		DOMART (A)
Seméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orth.		JUDET (R)
Clinique urologique		COUVELAIRE (R)
Hygiène et clin.de la 1ère enfance		LAPLANE (R)

b) Professeurs à titre personnel

	MM.
Hydrologie et Climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) LAMBLING (A) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H) PERRAULT (M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	GILLOT (C) CABROL (C) Pr.s.ch. COUINAUD (C) HUREAU (J)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P) Pr.s.ch. ABELANET (R) CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)Pr.s.ch. NEZELOFF (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E) VOURC'H (G)Pr.s.ch.
Bactériologie	BARBIER (P)Pr.s.ch. CHRISTOL (D) Pr.s.ch. DAGUET (G) LE MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie Médicale	BAULIEU (Et.)M.conf. BOURILLON (R) DREYFUS (J.-Cl.)

	MM.
Biochimie médicale	CARTIER (P)pr.s.ch. CORNILLOT (P) GONNARD (P)pr.s.ch. JEROME (H) KRUH (J) LEGRAND (J.Cl.) NORDMANN (J)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.P) BOIVIN (P) HARTMANN(L)pr.s.ch.
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Cardiologie	HATT (P.Y)
Dermato-syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B)pr.s.ch. HEWITT (J) TOURAINE (R)
Electro-Radiologie	HEITZ(F)m.conf. LEDOUX-LEBARD(G)
Embryologie	ROUX (Ch)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER(G)pr.s.ch. DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD(R)pr.s.ch. DA LAGE MAROIS (M) RACADOT(J)pr.s.ch. SCHRAMM (B)
Hydrologie	BESANÇON (F) CORNET (A)
Hygiène	BLANCHER (G) CORRE-HURST(Mme L) ROUSSEL (A) SAPIN-JALOUSTRE(H)
Maladies infectieuses	DUPONT (V) LISSAC (J) RAPIN (M)

MM.

Maladies métaboliques	ANTOINE (B) CROSNIER (J) RICHET (G) SEBAOUN (J)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J) CATHALA (H) ESCOUROLLE (R) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J) LEREBOULLET (J) PICHOT (P) TARDIEU (G)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) LEVY (J) LEWIN (D) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) TCHOBROUTSKY (Mme C) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B) BREGEAT (P)Pr.s.ch. DUBOIS (A) FONTAINE (Mme M) SARAUX (H)
Orthopédie	DUPARC (J) MAURER (P) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)

MM.

Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J) PIALOUX (P) SERGENT (H)
Parasitologie	GOLVAN (Y) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J)
Pathologie Chirurgicale	BARCAT (J) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph) CERBONNET (G) CHATELIN (C.L.) DAUTRY (P) DEMIRLEAU (J) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GALEY (J.-J.) GARBAY (M) GARNIER (H) GAUDARD d'ALLAINES (Cl de) GERMAIN (A) LATASTE (J) LOYGUE (J) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M) NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) PREMONT (M) ROBERT (H) THOMERET (G) VAYSSE (J)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P) COTTENOT (F) LOEPER (J) Pr.s.ch. MAURICE (J) MIKOL (Cl) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J) AUQUIER (L) AUSSANNAIRE (M) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.)

Pathologie Médicale	BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CANIVET (J) CARLOTTI (J) CATINAT (J) CHRETIEN (J) CLOAREC (M) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) DEBRAY (J) ETIENNE (J.-P.) FREZAL (J) FRITEL (D) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M) HAZARD (J) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAGRUE (G) LESOBRE (R) LEVEQUE (B) MACREZ (C) MOREAU (L) NENNA (A) NICK (J) POULET (J) ROYER (P) TCHERDAKOFF (Ph) THIBAULT (Ph) TOURNEUR (R) VILLIAUMEY (J) WOLFROMM (R) Pr.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D) ALISON (J) CANLORBE (P) GORIN (R) LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) LESTRADET (H) MALLET (R) MINKOWSKY (A) MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C)

MM.

Pédiatrie-Puériculture	REY (J) RIBIERRE (M) ROSSIER (A) VIALATTE (J)
Pharmacologie	MANDE (R) BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physiologie	BARRES (G) DURAND (J) GIRARD (F) M.conf. HUGELIN (A)Pr.s.ch. LAURENT (D) SCHERRER (J) Pr. VASSEUR (B)
Physique médicale	CHANTEUR (J) COURSAGET (J) GREMY (F) Pr.s.ch. MILHAUD (G) PAGES (J.-Cl.) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.C.)Pr.s.ch. TUBIANA (M) Pr.
Pneumo-phtisiologie	DECROIX (G) ISRAEL (L) RENAULT (P) SORS (Ch.) MEYER (A) Pr.
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H)
Radiologie médicale	DUBOST (J) LEFEBVRE (J) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P)
Stomatologie	CAUHEPE (J) CERNEA (P) CHAPUT (Mme A) m.conf. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R) GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) FOUET (P) LABET (R) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

Anatomie ..... DEBEYRE (J) Pr.
Clinique chirurgicale ..... VERNE (J.M.)Pr.
Clinique médicale ..... RAMBERT (P) Pr.

Clinique obstétricale ..... GRASSET (J)
MORIN (P)
MAYER (M)

Clinique ophtalmologique ..... DESVIGNES (P)
Clin. péd. et puériculture ..... LAPLANE (R) Pr.
Clinique psychiatrique ..... BARUK (H)
Clinique urologique ..... KUSS (R) Pr.

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES
UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P)Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - PROFESSEURS CHARGES DE COURS D'HYGIENE
SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE BOLTANSKY (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté ... M LENA (J)
Conseiller administratif Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ... M le Docteur HAHN (

Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P)
LE NOIR (G)
QUIEVREUX (E)

Bibliothécaires ... Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Mlle LAURENT (H), Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON PAYS

Cette étude a été réalisée grâce à la bienveillance de plusieurs personnalités qu'il nous est agréable de remercier.

En premier lieu, nous avons pu utiliser la documentation du Ministère de la Santé Publique et de la Population ; nous adressons nos remerciements déférents à M. le Docteur N'DIA Koffi, Ministre de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire, ainsi qu'à MM. les Docteurs Hubert VARLET, Directeur Général de la Santé Publique et Hippolyte AYE, Directeur de l'Hygiène Publique et Sociale.

Notre gratitude s'adresse également à M. le Docteur FERRAND, programmiste du Ministère de la Santé qui nous a fourni une documentation sur le Plan de Santé Publique envisagé par la Côte d'Ivoire pour les dix années à venir.

Par ailleurs en ce qui concerne la Direction même de ce travail, nous devons tout à M. le Docteur Louis-Paul AUJOULAT, ancien Ministre, Directeur du Centre National d'Education Sanitaire et de la Coopération Technique au Ministère de la Santé Publique de France, qui, par ses expériences aussi nombreuses que variées et sa parfaite connaissance des Problèmes Sanitaires, a rendu et continue de rendre d'inestimables services à l'Afrique. Nous sommes heureux de lui renouveler l'assurance de notre indéfectible attachement.

A Monsieur le Docteur MAURICE DEPARIS
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse.

Nous tenons particulièrement à lui exprimer notre profonde gratitude.

ORIENTATION DE LA POLITIQUE SANITAIRE
EN COTE D'IVOIRE

PAGES

Introduction. 11

I. — *Le Contexte géographique et humain* 15

II. — *La situation sanitaire à l'heure de l'indépendance et l'héritage de la colonisation* 25

III. — *Les données nouvelles de la politique sanitaire* 45

1) Primauté de la lutte contre le sous-développement. 47

2) Orientation vers une médecine-sociale intégrée. 56

3) Les exigences d'une coordination indispensable. 61

IV. — *Perspective d'avenir* 65

1) L'équipement sanitaire 67
— Planification sanitaire et planification générale.
— Les bases de la Médecine Préventive.

2) La formation des cadres 70
— De l'Ecole de Médecine de Dakar, à la Faculté de Médecine d'Abidjan.
— Formation du personnel auxiliaire.

3) L'intégration de l'effort médical des collectivités dans le plan général de la Santé Publique 78

4) Les Problèmes financiers 83

V. — *CONCLUSION.* 89

INTRODUCTION

Notre thème, l'Orientation de la Politique Sanitaire en Côte d'Ivoire, est a priori très ambitieux ; en fait son but est de contribuer modestement à l'Etude de l'Organisation du domaine de la Santé Publique dans notre pays et par extension en Afrique.

L'intérêt de cette étude est triple :

— Dabord elle apparait au moment où la Santé Publique perd son sens classique de simple guérison des maladies pour élargir ses limites au delà de la Médecine curative et même préventive, englobant ainsi le problème social sous ses aspects multiples et convergents vers « le bien-être le plus complet de l'homme ».

Ensuite elle est contemporaine non seulement des nouvelles méthodes hautement perfectionnées et efficaces de diagnostic, de thérapeutique et de prévention permettant de reculer ces menaces permanentes qui constituent les maladies pour les populations, mais aussi de cette grande solidarité des peuples du monde, selon laquelle les pays évolués aident les pays en voie de développement à émerger de leur état de misère et de besoins sans nombre.

Enfin elle coïncide avec le fait que les masses africaines en général, Ivoiriennes en particulier, sont maintenant conscientes de leur situation défavorable et commencent à se lasser d'attendre un jour meilleur.

C'est donc sans délai qu'il faut trouver les moyens d'uti-

liser au mieux l'aide internationale et les recettes des nouvelles découvertes médico-sanitaires pour les mettre à la disposition de la collectivité dans son ensemble.

Un bref examen de l'évolution de la situation médico-sanitaire de la Côte d'Ivoire montre que dans ce domaine comme ailleurs, il y a un retard considérable dont il faut prendre conscience.

Dans le passé, sous l'Administration Coloniale, un arrêté général du 1er juin 1912 régissait le Service de Santé ; il était chargé :

1°) de donner des soins gratuits à tous les fonctionnaires blancs et noirs ;

2°) d'assurer le service d'assistance publique ;

3°) d'assurer la prophylaxie de toutes les maladies endemo-épidémiques et sociales, d'assurer la police sanitaire, de s'occuper de toutes les questions d'Hygiène.

4°) d'assurer l'instruction Technique du personnel auxiliaire.

Ce service médical a subi une série de modifications par la suite. Quoi qu'il en soit jusqu'à l'heure de l'indépendance, la Santé Publique de Côte d'Ivoire était caractérisée par une prédominance de la Médecine de soins donnés dans les hôpitaux, maternités et dispensaires à une infime partie de la population. Si la masse était atteinte, c'était par le biais des équipes du service d'hygiène mobile et de prophylaxie. Malgré les efforts de la colonisation, la situation reste affligeante. La mortalité est encore très forte, notamment la mortalité infantile que les chiffres optimistes fixent à 150 pour 1.000. L'Etude de la pathologie dominante effectuée par le Ministère de la Santé Publique de la Côte d'Ivoire a abouti à la conclusion suivante : « L'état sanitaire est caractérisé par l'importance de la morbidité qui est telle qu'aucun ivoirien autochtone n'est indemme de toute affection, et la prédominance des fléaux sociaux ». En effet les grandes affections répondent aux trois critères suivants :

Elles touchent un nombre considérable des sujets à la fois ;

Elles entravent l'activité sociale du malade ;

Elles exigent pour leur prévention l'intervention des Pouvoirs Publics.

Dans ce travail, nous nous proposons de faire avant tout une Etude systématique des besoins en matières de Santé. Cette première recherche comprendra un recencement démographique, un inventaire médical particulier envisageant les maladies les plus fréquentes, les coefficients de natalité, de mortalité et de morbidité ; à partir de ces données, nous pourrons fixer l'ordre de priorité des réalisation sanitaires, prévoir l'évolution de la population dans les années à venir et connaître en conséquence les besoins nouveaux. Il faut considérer parallèlement les possibilités du pays et l'aide extérieure sur laquelle il peut compter afin d'en assurer l'utilisation la plus efficace. Ces analyses permettront de définir une conception générale et d'élaborer un programme Sanitaire et Social défini et réaliste, fixant les objectifs immédiats ou lointains à atteindre.

Le manque de capitaux et de Techniciens qualifiés nous freinera beaucoup dans l'application d'un programme tendant vers la multiplication à brève échéance des établissements hospitaliers. C'est pourquoi la Côte d'Ivoire sera obligée encore longtemps d'accorder une priorité absolue à la Médecine mobile et itinérante. Mais nous marchons vers un avenir assez proche dans lequel la prévention et la Médecine de masses pourront être exercées à partir d'établissements fixes à double vocation. Ce sera l'heure des Centres de Santé. Dans ce cadre s'imposent la construction et l'équipement d'Instituts tournés vers la Santé Publique, l'Hygiène, la Recherche et la Formation des cadres. Ces réalisations demandent pour leur fonctionnement un minimum de personnel technique, mais c'est la population dans son ensemble, en quelque point du Territoire que ce soit, qui tirera profit de leur effet. L'Education Sanitaire pratiquée non seulement par le personnel médical, mais aussi par les éducateurs et les responsables, avec le concours de la population, renforcera l'efficacité des méthodes modernes de prophylaxie.

L'intervention des Pouvoirs Publics s'est fait déjà sentir dans différents projets d'ordre sanitaire : modernisation de l'appareil sanitaire ; création d'une Ecole de Médecine avec prévision d'un centre hospitalo-universitaire adapté à l'enseignement pratique, aux soins des malades et à la

Recherche Scientifique ; réalisation de nombreux projets dans le domaine de la Santé Publique, notamment la mise en place d'un Institut National de Santé Publique à Abidjan. Ainsi depuis quelques années le Gouvernement ne ménage pas ses efforts pour multiplier les institutions médico-sociales.

Parmi les critères retenus pour définir l'état de développement d'un pays, les considérations d'ordre sanitaire tiennent une place prépondérante ; c'est dire l'importance que revêtent les problèmes de Santé dans l'évolution d'un pays.

Dans l'effort de développement de la Côte d'Ivoire, nous ne commettrons sans doute pas l'erreur de penser économie avant de penser à l'homme et à sa santé. Il ne faut pas perdre de vue que l'avenir du pays et son équilibre dépendent étroitement de l'état de santé de sa population. Les nombreux sujets qui seront protégés contre les fléaux sociaux, les nombreux enfants qui seront sauvés de cette « hécatombe » apporteront avec eux la confiance en l'avenir et en même temps l'augmentation de la production, la multiplication des initiatives de toutes sortes ; c'est donc une promesse de vie que justifient les sacrifices qui seront consentis dans le domaine de la Santé Publique.

LE CONTEXTE GEOGRAPHIQUE ET HUMAIN

Les Etats de l'Afrique au Sud du Sahara ne forment pas un tout homogène. Chacun d'entre eux a ses traits caractéristiques dont il faut tenir compte dans l'établissement d'un programme d'Action Sanitaire et Sociale. Avant d'aborder l'Etude des problèmes médicaux proprement dits, il importe de définir le contexte géographique, démographique, économique, social et psychologique dans lequel vont s'inscrire ces problèmes.

1° Aspects Géographiques

Le carré presque parfait de 322.000 km2 de superficie que constitue le Territoire de la Côte d'Ivoire est situé entre l'Equateur et la Tropique du Cancer, précisément entre les parallèles 5° et 10° de latitude Nord et les méridiens 2°30 et 7°30 de longitude Ouest. Ses frontières héritées de la colonisation le séparent au Nord du Mali et de la Haute-Volta, à l'Est du Ghana, à l'Ouest du Libéria et de la Guinée; au Sud, il est baigné par l'Océan Atlantique sur une longueur de 550 km.

a) *Le Climat :*

Cette situation lui impose 3 régions climatiques dans l'ensemble chaudes et humides :

— au Sud, le type Equatorial comporte deux saisons de

COTE D'IVOIRE
DECOUPAGE ADMINISTRATIF

pluies et deux saisons sèches. C'est la région de la forêt dense, aussi fameuse pour ses nombreuses essences que pour sa pathologie variée.

— au Centre, le type Tropical pur, avec deux saisons de pluies nettement plus courtes. C'est la zone des forêts galeries et des savanes arborées.

— au Nord, le type Soudanais : il n'y a plus qu'une brève saison humide ; une longue saison sèche couvre le reste de l'année et ne permet que les savanes et les forêts clairsemées.

Les écarts de température ne sont pas importants en Côte d'Ivoire ; on enregistre une moyenne annuelle de 27°.

Les précipitations varient du Sud au Nord de 4.000 mm à 800 mm de hauteur de pluies.

Il est indiscutable que la température et l'humidité ont une certaine influence sur l'éclosion des maladies.

C'est ce qui explique l'existence de certaines maladies que l'on ne rencontre que sous les tropiques. Mais les facteurs climatiques ne peuvent expliquer à eux seuls l'importance de la pathologie tropicale ; nous verrons que les conditions économiques et sociales sont également déterminantes sur l'état de santé du pays.

b) *Hydrographie :*

Le climat entretient de nombreux cours d'eau dont les principaux sont : le Cavally, le Sassandra, le Bandama, la Comoé, l'Agnebi, la Mé, la Bia. Il favorise en outre de nombreux marais et eaux stagnantes qui posent des problèmes d'assainissement dans la lutte contre les moustiques. Les lagunes côtières reçoivent les eaux de la plupart des fleuves avant de les livrer à la mer par des brèches.

La navigation est très limitée par les chutes et les rapides. Par contre le trafic lagunaire est important.

c) *Les Voies de communication :*

— Le réseau routier de la Côte d'Ivoire se développe sans cesse et comprend 32.700 km de routes. Les fleuves traversés par des ponts cessent de constituer des obstacles naturels aux passages.

— Les travaux de bitumage doivent être poursuivis pour rendre les routes praticables en toutes saisons. Les villages sont desservis par des pistes qui ne sont carrossables qu'en saison sèche.

— La voie ferrée de la Régie Abidjan-Niger (1.146 km de long) relie la capitale à Ouagadougou (Haute-Volta) et traverse de nombreux centres importants.

En fait, l'utilisation des voies de communication ne peut être suffisamment rapide pour résoudre le problème de l'évacuation des malades, surtout en ce qui concerne la liaison des points les plus reculés du Territoire avec les préfectures ou même la capitale.

Aussi le seul moyen qu'il convient de développer doit être l'avion, l'hélicoptère. Des aérodromes sont aménagés dans la plupart des centres de l'intérieur et le transport aérien pourrait être utilisé du point de vue sanitaire. Mais le prix de revient limitera sans doute l'emploi.

2° Aspects Démographiques

Actuellement la population de la Côte d'Ivoire dépasse 3.500.000 habitants. Elle était estimée à 3.340.000 habitants au 1er janvier 1962.

La densité s'élève à 10,4 habitants au km2. Cette population est inégalement répartie :

— population groupée et concentrée dans les grandes villes jusqu'à l'encombrement :

Abidjan : 260.000 hab.

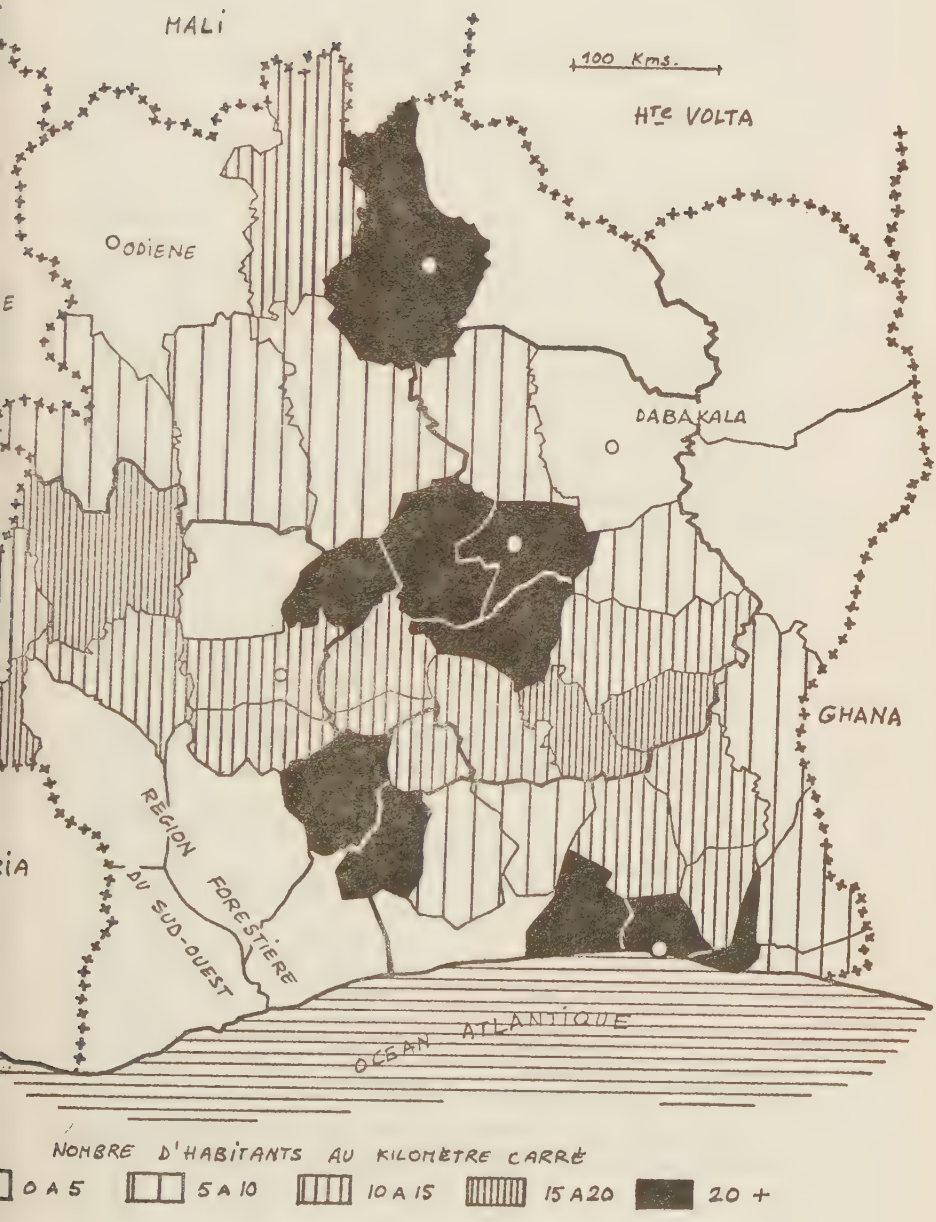
Bouaké : 50.000 hab.

— forte densité de peuplement dans certaines régions (Daloa, Korhogo, Man, Gagnoa) avec 25 habitants au km2.

— population clairsemée en brousse surtout dans la zone de Bouna, de Dabakala, d'Odiénné et dans la région forestière Ouest de Guiglo, Soubré et Sassabdra.

Au point de vue médical, dans les zones rurales à population clairsemée, il est souhaitable de fixer une formation sanitaire non pas en fonction du nombre d'habitants, mais des distances et du temps nécessaire à une aide médicale efficace. Donc la notion de topographie doit compléter la notion de pourcentage habituellement utilisé.

DENSITES DEMOGRAPHIQUES



Au point de vue ethnique, officiellement 62 ethnies ont été démembrées dont cinq grands groupes se partagent le pays :

— le rameau Agni-Ashanti (Baoulé, Attié, Abouré) ;

— le groupe des populations des lagunes (Adjoukrou, Alladian, Ebrié) ;

— le groupe Krou dans l'Ouest ;

— les Mandé (Malinké, Dioulas) ;

— les Senoufos dans le Nord.

La population européenne est estimée à 20.000 personnes environ.

L'annuaire des diocèses fournit cette répartition religieuse :

— 13,5 % de Chrétiens ;

— 22,8 % de Musulmans ;

— 60,8 % d'Animistes.

Une autre considération riche de signification est la répartition de la population par âge. Faute de statistiques plus récentes, nous vous présentons les estimations faites en 1962.

AGE	SEXE	NOMBRE
de 0 à 14 ans	Masculin	746.000
	Féminin	678.000
	Ensemble	1.424.000
de 14 à 59 ans	Masculin	877.000
	Féminin	916.000
	Ensemble	1.793.000
60 ans et plus	Masculin	67.000
	Féminin	56.000
	Ensemble	123.000

45 % de cette population avaient moins de 14 ans.

Ce qui pose des problèmes sociaux et médicaux de scolarisation et de protection maternelle et infantile.

Taux démographiques :

— La natalité est forte et se situe entre 50 et 59 pour 1.000. Ce chiffre présente un grand intérêt au point de vue de l'organisation sanitaire ; il souligne l'importance de la formation des sages-femmes, des aides sociales et des pédiatres.

— Le taux de mortalité : l'état civil de la Côte d'Ivoire est encore mal établi ; aussi le nombre des décès enregistrés est inférieur à la réalité, en particulier pour les bébés. C'est donc avec réserve qu'il faut fixer la mortalité générale à 28 pour 1.000. La mortalité infantile reste encore inquiétante avec des taux variant de 138 à 155 pour 1.000 selon les régions. Cette mortalité infantile est due beaucoup plus aux facteurs exogènes (maladies infectieuses, carences) qu'aux facteurs endogènes (malformations). La lutte contre les maladies maternelles de la grossesse et de l'accouchement, la prémunition des enfants par la vaccination et le dépistage précoce et le traitement des maladies déclarées devraient permettre de réduire dans de grandes proportions cette mortalité infantile.

— *L'espériance de vie* n'est guère que de 38 à 40 ans, mais ces chiffres de vie moyenne anormalement faibles sont expliqués par la mortalité infantile élevée au cours de la première année.

— Le taux d'accroissement démographique naturel se situe entre 2 et 2,5 %. Ce qui permettra un doublement de la population dans les 30 années à venir par rapport aux chiffres actuels.

Comme la plupart des pays africains la Côte d'Ivoire est sous-peuplée. La forte natalité est contrecarrée par une forte mortalité. « Le cercle vicieux de la vie et de la mort n'est pas encore brisé » pour permettre un accroissement démographique rapide. Ce sous-peuplement accentue sans doute le sous-développement économique.

3° Aspects Economiques

L'économie de la Côte d'Ivoire est du type primaire. Le secteur agricole occupe 85 % de la population active. Le sol et le climat ivoiriens sont relativement favorables aux cultures.

— Les grandes cultures représentées par le café, le cacao, la banane, l'ananas, connaissent une progression constante. Malheureusement ces produits sont liés au cours changeant des marchés internationaux.

— Les cultures industrielles, le palmier à huile, le cocotier, le coton, l'hévéa sont en plein essor consécutif à un vaste programme de leur développement établi par le Gouvernement.

— Les cultures vivrières ne couvrent pas encore la totalité de la consommation locale. L'igname, le manioc, la banane-plantain, le riz, etc... sont exploités sur de petites surfaces avec des méthodes archaïques. La Côte d'Ivoire est obligée d'importer des denrées de base pour son alimentation. Actuellement les *Instituts* de Recherches agricoles orientent leurs travaux vers le développement des cultures vivrières par un effort de modernisation.

— La pêche se modernise ; il y a un programme de construction d'une flottille ivoirienne de pêche industrielle.

— Quant à l'élevage, dans ce domaine les efforts se heurtent à des obstacles dûs aux mauvais pâturages et aux épizooties. Le bétail ne fournit que peu de viande et de lait. La Côte d'Ivoire importe les 4/5^{e} de sa consommation en viande de boucherie. L'insuffisance de protéines animales reste encore l'une des principales caractéristiques de l'alimentation.

— Depuis une quinzaine d'années les industries de transformation (industries alimentaires et textiles, scieries) ont commencé à s'implanter en Côte d'Ivoire ; mais le pouvoir d'achat des masses limite dans une certaine mesure les débouchés requis pour un véritable essor industriel. L'industrie minière est en état de prospections (diamant, l'or, le manganèse, le fer, l'aluminium).

Le pouvoir d'achat :

L'association internationale pour le développement a calculé en dollars le revenu moyen en Afrique en 1962. Ce revenu annuel par habitant s'élève en moyenne à 122 dollars soit 630.500 CFA. Il est plus élevé en Afrique du Sud, en Algérie, au Gabon et en Libye. Les pays où il est le

plus bas sont : le Tchad, la République Centrafricaine, le Congo-Brazzaville, la Haute-Volta, le Dahomey, le Niger, le Ruanda et la Somalie. Pour certains de ces pays il est seulement de 40 dollars soit 10.000 F CFA par tête et par an.

La Côte d'Ivoire occupe une place confortable avec un produit intérieur brut de 145,6 milliards de francs CFA soit environ 45.000 f CFA par habitant et par an. Mais ceci n'est qu'une moyenne ; l'éventail des salaires étant très large comme dans la plupart des pays sous-développés, la grande masse a un niveau de vie encore très bas. Le S.M.I.G. qui, au 1er janvier 1963 était de 40 f CFA h. n'intéresse que quelques salariés de la ville.

4° Aspects Sociaux

Si la notion de progrès social et de bien-être doit être liée à l'existence d'une sécurité contre tous les risques, alors la Côte d'Ivoire doit se ranger parmi les pays qui ont beaucoup à attendre. Elle ne possède pas encore de système de sécurité sociale couvrant les risques maladies; jusqu'ici c'est l'Etat qui prend en charge la prévention et les soins dans le cadre restreint et les limites hélas ! considérables d'un équipement sanitaire encore rudimentaire et clairsemé. La gratuité des soins des consultations et de l'hospitalisation dans les formations sanitaires publiques est garantie par un décret du 12 janvier 1960 : elle ne représente en définitive qu'une réalité relative.

Dans le domaine des risques accidents et maladies professionnelles, le Code du travail des Territoires d'Outre-Mer, voté par le Parlement français en 1952 à l'initiative du Ministre Aujoulat, reste pratiquement en vigueur sans avoir subi de retouches profondes. Il représente un progrès considérable non seulement dans le domaine de la protection des travailleurs, mais aussi sur le plan familial. Il a institué en effet des Prestations Familiales en faveur des salariés, ceux-ci sont affiliés à une Caisse de Compensation et de Prestations. Les allocations distribuées sont infimes par rapport aux taux de France : elles restent proportionnées au niveau des salaires ; elles se sont traduites néan-

moins, non pas comme on l'a écrit par un regain généralisé de polygamie, mais par une élévation réelle du niveau de vie des familles.

Les masses rurales restent encore en dehors malheureusement du bénéfice de ce progrès social : elles doivent se contenter pour l'instant d'avantages en nature représentés par les services de P.M.I., les centres sociaux et les cantines scolaires. Un effort très long est prévu pour elles dans cette direction.

5° Aspects Psychologiques

Parvenue depuis 5 ans seulement à l'Indépendance, pays jeune en pleine transformation socio-économique, la Côte d'Ivoire traverse une période de transition décisive. Ce ne sont pas seulement les dirigeants qui manifestent la ferme détermination de dépasser le cadre figé des vieilles structures traditionnelles. La masse elle-même s'est engagée elle aussi résolument dans la voie de l'adaptation à la civilisation moderne.

Des bidonvilles d'Abidjan voilà dix ans à la Capitale ultra-moderne d'aujourd'hui, il n'y a pas seulement une prodigieuse transformation matérielle, mais tout autant une conversion psycho-sociologique digne d'intérêt. Les clichés d'époque pris par Jean Rouch pour son film « Moi, un Noir », vers 1957, sont depuis longtemps dépassés. C'est véritablement une nouvelle ville qui s'est construite avec l'Indépendance, faisant participer à son miracle de prospérité toute une population dans laquelle on a vu simultanément reculer le prolétariat, surgir une bourgeoisie, apparaître une classe libérale basée non plus sur l'Etat-Providence mais sur l'initiative privée du Commerce et de l'Industrie.

Telles sont les données essentielles dans lesquelles vont s'inscrire les activités médico-sanitaires de la Côte d'Ivoire. Dans le domaine de la Santé Publique les besoins sont immenses et malgré l'effort des pouvoirs publics les moyens restent nettement insuffisants. Il faut donc établir une hiérarchie des priorités pour utiliser au mieux les possibilités offertes. C'est alors qu'une analyse de la situation sanitaire est nécessaire.

LA SITUATION SANITAIRE

A L'HEURE DE L'INDEPENDANCE

LES GRANDS TRAITS DE LA PATHOLOGIE DOMINANTE

La conception réaliste d'un programme sanitaire et social ne peut se définir clairement qu'en se basant sur une étude des besoins médicaux du pays. Dans ce chapitre, nous nous proposons de faire un inventaire médical qui envisage les maladies les plus fréquentes et leur caractéristique particulière en Côte d'Ivoire, la morbidité et la mortalité générales. Dans ce premier travail, nous nous heurtons à des difficultés de différents ordres : la quasi-impossibilité de trouver des matériaux statistiques constitue un obstacle puissant qui va à l'encontre de toutes recherches médicales. En effet les chiffres permettent mieux que n'importe quels éléments de suivre plus facilement l'évolution de toutes les maladies et d'en établir une hiérarchie par ordre d'urgence et d'importance. Cette carence s'explique par la pénétration encore très faible, auprès de la population, de la médecine telle qu'elle est pratiquée dans les centres médicaux actuels; les enquêtes systématiques sont à leur début (comme celle concernant la tuberculose) ou à l'état de projets (taux de morbidité des Trépanématoses).

Un inventaire de la pathologie effectuée par le Ministère de la Santé et de la Population aboutit aux conclusions suivantes qui soulignent deux ordres de faits :

« Le premier est l'importance de la morbidité qui est telle que bien peu d'Ivoiriens se révèlent à l'examen indemnes de toute affection pathologique ;

Le deuxième fait est l'importance prédominante tant en leur fréquence qu'en leur urgence, des affections qu'on a l'habitude d'appeler grands fléaux sociaux. »

Voici les chiffres arrondis des cas de maladies relevés en Côte d'Ivoire en 1963.

TABLEAU DES CAS DE MALADIES EN 1963

CLASSIFICATION T (Tropicale)	MALADIES	NOMBRE	%
1 à 60	Maladies infectieuses	600.000	3
61 à 68	Tumeurs	2.000	
69 à 77	Maladies allergiques et de la nutrition	40.000	
78	Maladies du sang etc.	7.000	
79 à 81	Troubles mentaux etc.	1.000	
82 à 83	Maladies du système nerveux etc.	20.000	
84	Maladies de l'œil	120.000	6,
85	Maladies de l'oreille	100.000	
86 à 88	Maladies de l'app. circulatoire	25.000	
89 à 93	Maladies de l'app. respiratoire	300.000	1
94 à 100	Maladies de l'app. digestif	250.000	1
101 à 102	Maladies mammaires	10.000	
103 à 105	Maladies des organes génitaux	40.000	
106 à 109	Complications de la grossesse et de l'accouchement	5.000	
110 à 111	Maladies de la peau etc.	280.000	1
112 à 116	Maladies de l'os etc.	100.000	
	Total des cas	1.900.000	10

Source : Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire.

EXAMEN DE L'ETAT SANITAIRE

Grâce aux documents officiels et aux témoignages de ceux qui se penche quotidiennement sur les problèmes sanitaires du pays, nous pouvons citer de nombreux exemples d'affections et leurs caractéristiques essentielles en Côte d'Ivoire.

1° Un fléau moderne : La Tuberculose

Depuis la naissance du B.C.G. et la découverte des antibiotiques (streptomycine, P.A.S., Izoniazide), la tuberculose est reléguée à un rang secondaire dans la plupart des pays évolués. Mais elle demeure une affection extrêmement fréquente dans l'ensemble des pays d'Afrique Noire. Son expension alarmante constitue un risque encore plus considérable que les maladies tropicales classiques. Elle sévit aussi bien en zone urbaine qu'en milieu rural.

En Côte d'Ivoire les premières études qui ne sont d'ailleurs que partielles montrent que le pays doit être considéré comme une zone de haute endémicité tuberculeuse. Le chiffre de 30 pour 1.000 a été avancé par les spécialistes pour en estimer la morbidité.

Cette fréquence est due aux conditions de contamination favorisées par le bouleversement socio-économique que la Côte d'Ivoire traverse (exode rural créant des déracinés sociaux, brassage des populations, taudis, sous-alimentation...).

Un dépistage systématique effectué par le centre anti-tuberculeux dans les écoles d'Abidjan montre qu'à « 19 ans, en considérant les catégories d'âge, 90,4 % des sujets ont fait une primo-infection. Ces chiffres correspondent à ceux que Calmette à Lille a trouvé en 1911 chez les écoliers, qui sont de 80 % de réactions positives et à ceux de l'O.M.S. dans les différents pays africains. »

Contre ce fléau de gros efforts ont été réalisés ; la Côte d'Ivoire dispose d'un début d'armement anti-tuberculeux qui mérite d'être mentionné.

— L'année 1956 voit la création d'un service de Pneumo-Phtisiologie à l'hôpital de Treich-Ville, lequel est actuellement le seul sur tout le territoire.

— Le 3 avril 1962 s'ouvre un centre anti-tuberculeux conçu par le Dr Delormas, Pneumo-Phtisiologue à l'hôpital de Treich-Ville.

Ses buts sont ainsi définis par ses créateurs :

1° Examiner systématiquement toute la population d'Abidjan et ses environs.

2° Faire examiner la population rurale grâce à des équipes mobiles et convoquer les suspects au centre.

3° Assurer le traitement des malades soit directement après le dépistage quand il s'agit de primo-infection ou de tuberculose sans expectoration bacillaire, soit secondairement, le centre prenant en charge les malades à leur sortie du centre de Pneumo-Phtisiologie.

Cette réalisation constitue un grand pas dans la lutte contre la tuberculose, mais elle ne peut subvenir au besoin de tout le territoire, et c'est très prochainement qu'il faut créer d'autres centres et services de Pneumo-Phtisiologie dans les hôpitaux régionaux pour intensifier cette lutte. Nous verrons plus loin au chapitre de l'Education Sanitaire de la Population que l'information du public sur l'étiologie, le mode de transmission de la maladie, la nécessité de séparer les bacillaires, permettra de réduire dans des proportions considérables l'incidence de la tuberculose.

2° La survivance des maladies contagieuses

Certaines d'entre elles nous retiendront très peu l'attention.

C'est le cas de la fièvre jaune qui, grâce au progrès de la médecine préventive, a presque disparu. En Côte d'Ivoire, la dernière épidémie remonte en 1939. Puis on avait observé quelques cas sporadiques en 1948. Depuis plusieurs années aucun cas n'a été signalé sur l'ensemble du territoire. Mais il faut être toujours vigilant et ne pas relâcher la vaccination car il y a risque d'une nouvelle poussée de la maladie.

C'est aussi le cas de la variole qui est en voie de disparition grâce à la grande campagne de vaccination anti-variolique menée depuis 1961 par l'INSTITUT D'HYGIENE sous la direction du Médecin-Colonel Binson. Les chiffres suivants portant sur les cas déclarés sont éloquants pour nous convaincre du recul spectaculaire de la variole :

En 1961	:	4.212 cas
En 1962	:	2.141 cas
En 1964	:	7 cas

D'après les enquêtes, il n'y a plus de foyers, mais des cas sporadiques dont le nombre va décroissant. Laissons au

Dr Binson le soin de conclure prudemment : « Une action menée sans relâche et par tous les moyens, jusqu'à des hameaux et des campements perdus sans existence administrative officielle, une généralisation géographique jamais atteinte avec des % de vaccinés partout très élevés, la chute spectaculaire du nombre des cas, tout pourrait laisser croire que le but est atteint et que la campagne est d'ores et déjà vouée au succès. Or il n'en est rien, le travail accompli n'est que la phase initiale d'un programme de longue haleine qui impose la poursuite de l'effort entrepris et dont l'abandon se traduirait à plus ou moins longue échéance par un échec certain. »

Par contre les méningococcies, la rougeole, le tétanos, les maladies à transmission hydrique (fièvre typhoïde, dysenterie amibienne...) sont encore très répandues et doivent faire l'objet d'énergiques mesures préventives de vaccinations massives pour les unes et d'assainissement et d'adduction d'eau potable pour les autres.

La Trypanosomiase ou maladie du sommeil, est la seule affection strictement tropicale. Son importance était considérable dans le pays ; mais actuellement grâce aux méthodes modernes de prophylaxie, le nombre des victimes est en régression.

La lèpre est très répandue dans l'ensemble du territoire. D'après les estimations du service des Grandes Endemies du Ministère de la Santé, cette maladie est au deuxième rang des affections endemiques après le paludisme. 115.000 lépreux ont été recensés ; parmi eux 6 % sont dans un état grave. La Côte d'Ivoire dispose de treize léproseries de petite et moyenne importance (dont l'Institut de la lèpre d'Adzopé) totalisant 1.220 lits. Les moyens de la Côte d'Ivoire restent encore très limités pour lutter efficacement contre cette affection.

3° Les menaces permanentes

Les parasitoses multiples :

Le chef de file, le paludisme, représente un fait sanitaire extrêmement important à cause de sa grande extension, du nombre considérable de sujets malades, de ses conséquen-

ces sociales et économiques. Il est de loin la première affection endemique en Côte d'Ivoire, et figure parmi les plus grandes causes de mort. Faute d'études plus récentes, citons le rapport de R.A. Marquézy sur la Côte d'Ivoire « le paludisme reste l'affection tropicale qui en Côte d'Ivoire entraîne la plus grande mortalité infantile. Plus de 100.000 cas de paludisme ont été déclarés ». La vraie éradication du paludisme, opération gigantesque entreprise à l'échelon territorial et même sur le plan interafricain n'est actuellement qu'au stade de projets qui visent à rassembler des données qui serviront de base à l'établissement de vastes programmes antipaludiques.

Les parasitoses intestinales, l'onchocercose, la bilharziose, le pian continuent de sévir gravement sur la population.

Les maladies vénériennes ont connu une recrudescence ces dernières années et causent de nombreux cas de stérilité et de complications médicales. La syphilis est en grande partie une maladie urbaine. Il n'y a pas encore dans le pays une législation permettant son dépistage, son traitement et sa prévention.

Pour terminer cette liste longue, il faut mentionner les psychoses et les névroses d'adaptation. En effet parvenue depuis peu à l'indépendance, la Côte d'Ivoire traverse une période de transition où des structures sont bien souvent bouleversées. Trois causes principales expliquent l'inadaptation sociale génératrice de maladies mentales : la détribalisation, l'attrait des villes, la prolétarisation. Ce sont là des phénomènes nés du changement de civilisation avec ses conséquences sociales et médico-légales.

Après cet inventaire, il est facile de déduire que nous sommes en face d'une pathologie très variée ; aux maladies répandues dans le monde entier (tuberculose, variole etc...) s'ajoutent les maladies propres à la zone tropicale (paludisme, trypanosomiase etc...).

A titre indicatif voici un classement comparatif des causes de décès effectué par les hôpitaux du Ghana, pays voisin de la Côte d'Ivoire et aux Etats-Unis (voir ci-dessous).

Ce tableau appelle deux remarques :

1° Les causes de mort au Ghana en 1959 sont en partie semblables à celles enregistrées aux U.S.A. en 1900 ;

2° En comparant la colonne 2 et la colonne 3, il est évident que les maladies dites dégénératives (affection cardio-vasculaire, tumeurs) sont nettement plus fréquentes aux U.S.A. qu'au Ghana.

Les affections qui sont en voie de disparition dans les pays évolués trouvent chez nous toutes les conditions réunies pour une expension alarmante.

U.S.A. 1900	GHANA 1959	U.S.A. 1948
neumonie	1 Pneumonie	1 Affections cardiaques
uberculose	2 Tuberculose	2 Cancer
iarrhée, Entérites	3 Complications de la grossesse et de l'accouchement	3 Lésions intracraniennes
ffections cardiaques	4 Diarrhée, Entérites	4 Accidents
léphrites	5 Accidents	5 Néphropathie
laladies du premier mois de la vie	6 Paludisme	6 Maladies du premier mois de la vie
ancer	7 Affections cardiaques	7 Pneumonie
ccidents	8 Tétanos	8 Tuberculose
iphtérie	9 Néphropathie	9 Diabète
	10 Méningites	10 Cirrhose
	11 Lésions intracraniennes	
	12 Anémies	
	13 Cirrhose	
	14 Typhoïde	
	15 Cancer	
	16 Maladies du premier mois de la vie	

ource : First annual report of the National Institute of Health and Medical Research. Accra 52.

Le taux de mortalité général s'élève à 30 pour 1.000 environ. Nous vous présentons ci-dessous le tableau de mortalité en 1963. A titre comparatif les pourcentages de l'Italie en 1960 sont indiqués. (Les chiffres sont extrapolés sur la base des différents échantillons.)

N° DE LA classification T (Tropicale)	MALADIES	NOMBRE	% EN C.I.	EN
1 à 60	Maladies infectieuses	40.000	37,1	
61 à 68	Tumeurs	1.200	1,1	
69 à 77	Maladies allergiques et de la nutrition .	7.200	6,7	
78	Maladies du sang etc.	1.200	1,1	
79 à 81	Troubles mentaux etc.	600	0,6	
82 à 85	Maladies du système nerveux	2.400	2,2	
86 à 88	Maladies du système circulatoire.....	5.400	5	
89 à 93	Maladies de l'appareil respiratoire	12.000	11,1	
94 à 100	Maladies de l'appareil digestif	20.000	18,9	
101 à 105	Maladies de l'appareil génito-urinaire ..	2.400	2,2	
106 à 109	Complications de grossesses et accouchements	3.600	3,3	
110 à 116	Maladies de la peau etc.	1.000	0,9	
117 à 121	Maladies congénitales et de la première enfance	7.000	6,5	
124 à 127	Accidents, empoisonnements, traumatismes	3.600	3,3	
	Total	108.000	100,0	1

Source : Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire.

4° Les Facteurs de Transmission

Comment expliquer la grande facilité de diffusion des maladies ? La réponse est donnée par les nombreux facteurs qui en favorisent la transmission.

1° L'environnement géographique et climatologique : il existe une étroite relation entre les facteurs géographiques et la santé. La température, l'humidité, les grandes précipitations pluvieuses entraînant des mares et les eaux stagnantes, sont autant de facteurs qui influent sur les épidémies.

Le milieu de vie dans les campagnes avec les forêts, les broussailles et les marigots fournit les gîtes des vecteurs variés. Nous verrons plus loin que l'absence d'infrastruc-

ture dans le domaine de l'assainissement est la preuve la plus évidente du sous-développement sanitaire.

2° Mode de transmission collectif des maladies : La vie communautaire, la promiscuité des membres de la famille (très souvent la pièce à coucher est unique et abrite 4 à 5 personnes), le brassage de population dû à l'exode rural de plus en plus poussé dans un pays en pleine évolution, expliquent le mode de transmission directe des maladies et le foyer commun d'infestation.

Au terme de cette étude sur la pathologie en Côte d'Ivoire, deux enseignements d'une extrême importance pour l'orientation de la politique sanitaire sont à tirer :

Tout d'abord c'est l'insuffisance de l'organisation de la médecine préventive et éducative. La prévention, le dépistage et le traitement de la tuberculose sont à leur début. Une seule maladie, la variole bénéficie d'une campagne a l'échelon du territoire. Les autres maladies transmissibles ne bénéficient pas encore des mesures similaires de vaccinations collectives. La protection maternelle et infantile, la lutte contre la « Médecine traditionnelle » sont des points à développer pour arriver à diminuer la mortalité infantile.

Le deuxième fait à souligner est le caractère collectif du déterminisme de cette pathologie. Les différentes maladies sont de véritables fléaux sociaux par le nombre élevé de cas qu'elles frappent à la fois. Cet aspect commande des solutions non pas curatives individuelles, mais des mesures essentiellement préventives organisées à l'échelon national. C'est là un impératif majeur du domaine de la Santé Publique auquel doivent coopérer tous les organismes ayant une compétence en matière de santé des populations.

EQUIPEMENT HOSPITALIER ACTUEL

PLAN : A — Historique et Conception des Formations Sanitaire.

B — Inventaire de l'Equipement Hospitalier.

a) A Abidjan.

b) A l'intérieur du pays.

C — Statut des Hôpitaux en Côte d'Ivoire.

D — La situation financière.

Conclusion.

Historique et Conception

Sous l'administration coloniale, l'effort social était caractérisé par deux apports fondamentaux : l'enseignement et la santé.

La première formation hospitalière était un hôpital militaire construit à la Capitale Administrative et donnait des soins aux fonctionnaires, aux militaires et aux colons ; son action s'était étendu rapidement à certains indigènes, notamment les femmes et les enfants.

Par la suite les formations sanitaires s'étaient multipliées à l'intérieur du pays, s'implantant aux chefs-lieux de cercle et de subdivision et recevant les autochtones malades. Elles étaient tenues soit par des médecins Africains sortis de l'Ecole Coloniale de Médecine de Dakar, soit par des infirmiers ; les plus importantes étaient sous la responsabilité d'un médecin militaire européen.

Dans ce pays tropical où sévissaient de façon sévère les grandes endemies (paludisme, amibiase, fièvre jaune, variole, etc...), la Médecine de masse s'imposait et les formations fixes qui avaient un rayon d'action très limité ne pouvaient pas être suffisantes pour apporter le secours sanitaire à toute la population. Le système de Médecine mobile devait suppléer à cette carence.

Il n'y avait pas d'hôpitaux privés ; les cliniques privées sont de conception récente et rare.

B — Inventaire de l'Equipement hospitalier

a) *A Abidjan :*

Passons en revue les formations sanitaires d'Abidjan.

1° l'Hôpital Central d'Abidjan, le plus ancien, recrute la majorité de sa clientèle parmi les militaires, les Européens et les fonctionnaires : il reçoit très peu d'indigents.

Il totalise 300 lits d'hospitalisation de médecine et de chirurgie.

Au point de vue superficie il est à l'étroit sur la pointe Est du plateau. Il comprend plusieurs pavillons : certains bâtiments sont vétustes voisinant avec des constructions plus récentes et modernes. C'est un centre de formation du personnel para-médical qui y accomplit le stage pratique.

2° l'Hôpital de Treichville (ou Hôpital Annexe) est construit depuis une quinzaine d'années seulement ; il est fréquenté en majorité par les malades de 4e catégorie. Son style est aussi du type pavillonnaire sur un terrain plat de grande superficie permettant l'extension ultérieure.

Il comprend un service de chirurgie, de médecine, de maternité, un pavillon d'isolement des contagieux, le tout réunissant 900 lits d'hospitalisation.

Dans l'enceinte de l'hôpital se trouve l'Ecole Nationale de Sage-Femmes, d'Infirmiers et d'Infirmières. C'est donc un hôpital adapté à l'enseignement et aux stages de formation des Auxiliaires Médicaux. Depuis quelques années les étudiants en Médecine vont y accomplir leur stage de 6e année.

Ainsi donc la capacité hospitalière totale d'Abidjan, ville de plus de 250.000 habitants, n'est que de 1.200 lits ce qui est nettement insuffisant, compte tenu du fait que la capitale reçoit en plus les évacués de l'intérieur ; le quartier populeux d'Adjamé n'a pas encore de formation hospitalière.

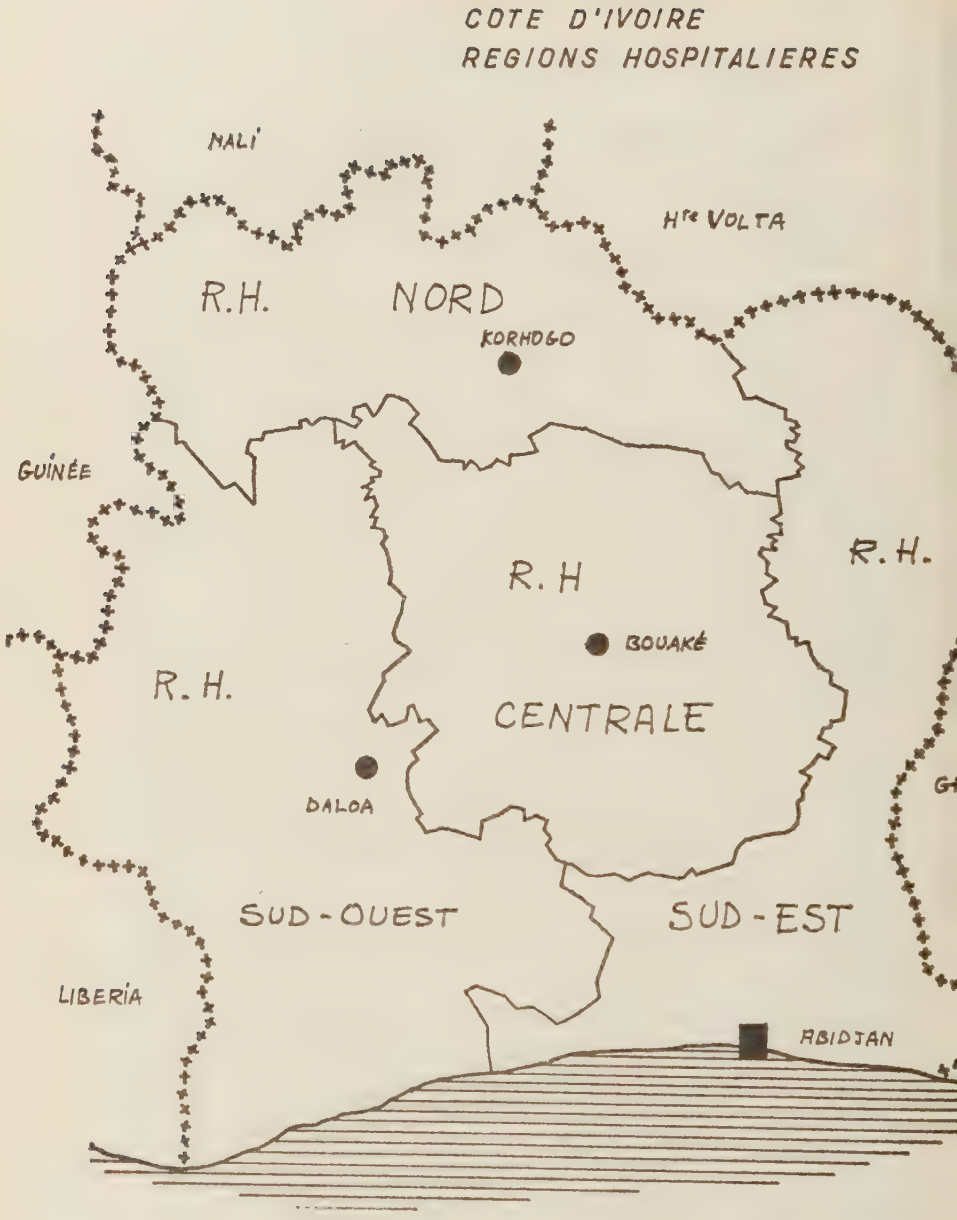
3° Autres Formations Sanitaires d'Abidjan :

— 4 dispensaires simples :

dispensaire du Port ;

dispensaire de Koumassi ;

dispensaire de Cocody ;


COTE D'IVOIRE
REGIONS HOSPITALIERES
MALI
Hte VOLTA
R.H. NORD
KORHOGO
GUINÉE
R.H.
R.H
BOUAKÉ
R.H.
CENTRALE
DALOA
SUD-OUEST
SUD-EST
LIBERIA
ABIDJAN

dispensaire de Port-Bouet.

— 4 dispensaires avec activités de P.M.I. :

dispensaire de Treichville ;

dispensaire d'Adjamé ;

dispensaire de la Caisse de Compensation de Treichville ;

dispensaire de la Caisse de Compensation d'Adjamé ;

— 3 maternités :

Maternité de Port-Bouët ;

maternité d'Adjamé ;

maternité de Cocody.

4° Organismes d'intérêt national :

— l'Ecole de Sage-Femmes, d'Infirmiers et d'Infirmières de Treichville ;

— La Pharmacie d'approvisionnement ;

— Le Centre National de transfusion sanguine ;

— l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville ;

— Le Centre de la lutte anti-tuberculeuse d'Adjamé ;

— L'Inspection Médico-Scolaire ;

— l'Institut d'Hygiène qui s'occupe à la fois de la prophylaxie des maladies transmissibles, de l'assainissement et du contrôle sanitaire aux frontières. Son action est prolongée à l'intérieur du pays par le dispositif de médecine mobile.

b) *A l'intérieur du pays :*

Les formations médicales de l'intérieur se trouvent dans les chefs-lieux de département (Bouaké, Korhogo, Daloa, Man) et dans les sous-préfectures les plus importantes. Pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire (Abidjan non compris) il y a :

— 8 hopitaux secondaires ;

— 40 postes médicaux ;

— 56 dispensaires polyvalents.

Ces formations sanitaires comportent pour la plupart :

— Un dispensaire de petite capacité ;

— Une maternité réduite de 10 à 30 lits en moyenne ;

— Une hospitalisation de médecine et de chirurgie de quelques dizaines de lits seulement.

— Exceptionnellement un pavillon d'isolement pour contagieux, tuberculeux et malades mentaux.

En général les bâtiments sont exigüs, vétustes ; l'équipement reste très insuffisant, les maternités sont surchargées; il n'y a pas de pavillon de piédiatrie et le service des contagieux manque très souvent.

Une mention particulière doit être réservée à Bouaké, deuxième ville de la Côte d'Ivoire, qui vient d'être dotée d'un centre hospitalier moderne construit avec l'aide de la France, et comprenant :

— 400 lits d'hospitalisation de chirurgie et de médecine ;

— Un bloc opératoire moderne ;

— Des services de Réanimation, de Piédiatrie, de Psychiatrie, de Chirurgie dentaire.

Deux remarques finales à faire pour terminer.

1° Les Etablissements hospitaliers de la Côte d'Ivoire n'ont ni autonomie financière, ni personnalité morale. Leurs crédits d'équipement et de fonctionnement sont intégrés dans le budget de la Côte d'Ivoire qui réserve une priorité à la Santé. L'hôpital est géré directement par l'Etat.

2° La situation financière des hôpitaux est des plus médiocres ; les consultations et les hospitalisations étant gratuites pour la majorité de la population (décret du 12 janvier 1960), les dépenses excèdent de loin les recettes.

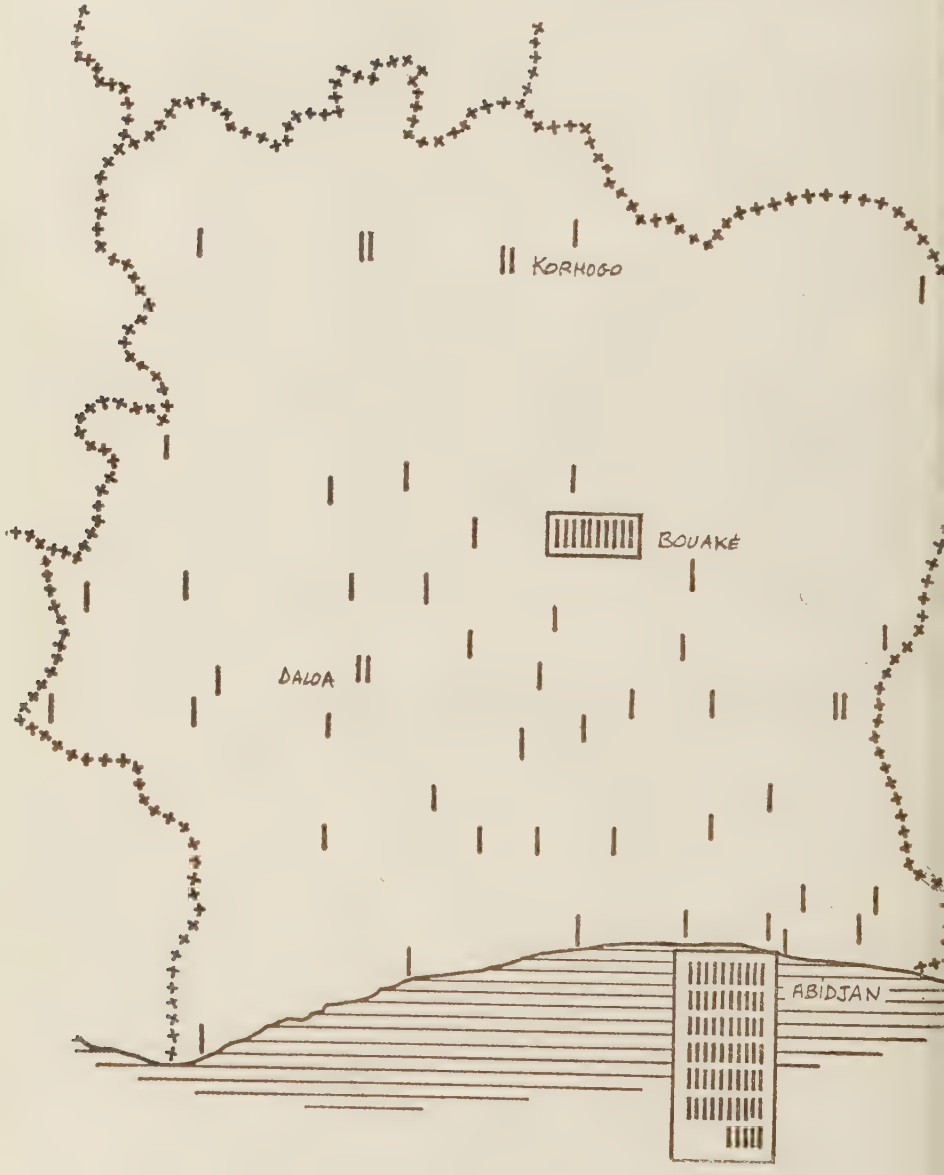
Formations Sanitaires, Personnel et Mouvement dans les Etablissements Sanitaires de l'AMA et privés (voir tableau de la page suivante).

	1959	1962	1964
ensaires			
mbre.	196		271
nsultants.	2.250.000	2.860.000	—
nsultations.	8.770.000	11.000.000	
taux			
mbre.	45		58
s.	2.500		4.100
spitalisés.	62.000	80.000	—
urnées d'Hospitalisation	558.000	980.000	
rnités			
mbre.	58		85
s.	550		1.900
couchements.	8.300	46.000	
ques et Cabinets privés			
mbre.	20		16
s.	64		250
onnel médical			
decins.	95		154
ges-femmes.	69		96
irmiers et Infirmières	695		1.500

urce : Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire.

carte

MEDECINS HOSPITALIERS
(Y COMPRIS LES CHIRURGIENS)



LE PERSONNEL MEDICAL

A. — Les Médecins

La situation en personnel médical qualifié est marquée par l'insuffisance numérique et la mauvaise répartition.

Le corps médical comprend :

— des Docteurs en Médecine, diplômés d'Etat (relevant pour la plupart de l'Assistance Technique) ;

— des Médecins africains (Médecins indigènes sortis de l'Ecole de Médecine de Dakar).

La Côte d'Ivoire dispose actuellement de :

— 150 Médecins ;

— 10 Pharmaciens ;

— 3 Chirurgiens dentistes ;

— 5 Prothésistes dentaires.

soit environ un médecin pour 25.000 habitants.

Aussi bien pour les formations sanitaires que pour le personnel médical, il y a un déséquilibre entre l'intérieur du pays et Abidjan qui totalise à lui seul plus du tiers des Médecins présents en Côte d'Ivoire.

B. — Le Personnel para-médical

Il est caractérisé par la double insuffisance quantitative et qualitative. Pour tout le pays on compte :

— 96 Sages-Femmes ;

— 1.182 Infirmiers ;

— 419 Infirmières ;

— 2 Kinésithérapeutes.

Ce personnel comprend :

— des auxiliaires médicaux relevant de l'Assistance technique ;

— des auxiliaires médicaux autochtones, titulaires du diplôme d'Etat ;

— des auxiliaires du cadre local.

Il faut ajouter à cet effectif de nombreux bénévoles à peine alphabétisés qui fréquentent les hôpitaux et finissent

par se faire recruter comme garçons ou filles de salle, ou même comme aides-soignants.

Les auxiliaires médicaux jouent un rôle primordial dans ce pays où la densité médicale est encore très faible et assurent des responsabilités considérables pour lesquelles ils ne sont pas suffisamment formés.

Les professions para-médicales connaissent une certaine désaffection parmi les vocations ; les jeunes gens préfèrent se diriger vers d'autres emplois aux horaires moins pénibles et mieux rémunérés.

LES DONNEES NOUVELLES DE LA POLITIQUE SANITAIRE

PRIMAUTE DE LA LUTTE CONTRE LE SOUS-DEVELOPPEMENT

Les facteurs du sous-développement sont nombreux ; nous venons de voir les traits dominants de la pathologie, auxquels s'ajoutent d'autres aspects médicaux qui aggravent le sous-développement sanitaire. Dans les communautés rurales, la misère, la résignation, l'absence d'éducation, les empirismes médicaux (sorciers et guérisseurs), parfois l'isolement social et matériel (insuffisance des voies de communication), aboutissent à une catastrophe du point de vue médical. Cette situation explique le manque d'hygiène individuelle, la malnutrition, l'absence d'assainissement et la mortalité infantile élevée. Une action médico-sociale dans un tel pays doit avoir pour base la lutte contre ce sous-développement sanitaire.

1° Hygiène individuelle

Dans nos climats tropicaux où l'association de la chaleur et de l'humidité favorisent l'élimination de la sueur et la pullulation des saprophytes de la peau, la propreté corporelle est d'une grande nécessité. Un bain avec un savonnage abondant suffit à assurer la propreté du corps. Il faut répandre de plus en plus des principes d'hygiène corporelle. Des notions de propreté doivent être inculquées à la mère et aux instituteurs qui à leur tour feront prendre d'excel-

lentes habitudes à l'enfant. Bien des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, dysenterie) et parasitaires (oxylure, ascaris) sont transmises par le fait des mains sales. On ne saurait donc trop recommander la fréquence des lavages des mains, surtout avant chaque repas et après la défécation.

L'hygiène bucco-dentaire est un domaine qui doit prendre de l'extension. Actuellement le problème se pose de la façon suivante : nombreuses sont les affections bucco-dentaires qui frappent les enfants et les mères, notamment la carie dentaire. En face de cette situation l'armement du pays est très insuffisant, aussi bien en équipement matériel qu'en personnel technique. Il faut insister sur l'organisation de la formation non seulement des chirurgiens dentistes et des stomatologues, mais aussi des infirmiers et infirmières dentaires qui procéderont à des examens, mèneront une prophylaxie aidée par la propagande éducative et donneront des soins dentaires sous le contrôle du personnel spécialisé.

La propreté du corps qui ne peut se concevoir qu'en association avec celle des vêtements et des locaux d'habitation sera sans doute plus facile à assurer si des points d'eau sont commodément situés. Il existe une étroite relation entre la propreté et l'approvisionnement en eau.

2° L'Assainissement

Ce mot clé qui doit figurer dans tous les programmes sanitaires a été ainsi défini par l'O.M.S. : « Action visant à améliorer et à contrôler tous les facteurs qui, dans le milieu physique où évolue l'homme, sont susceptibles d'influer défavorablement sur son développement physiologique, sa santé et sa longévité ».

Toute politique de développement doit avoir pour objectif principal l'amélioration des conditions de vie des populations. Pour atteindre ce but, il ne faut pas poser unilatéralement le problème sous l'angle économique et penser à la seule modernisation des moyens nécessaires à l'œuvre de production. L'aménagement des villages et de l'habitat, l'assainissement, l'écoulement des eaux usées, la protection

des eaux destinées à la consommation sont autant de facteurs qui doivent préoccuper les pouvoirs publics pour améliorer la santé et le bien-être des masses. Ces tâches sont à peine ébauchées dans les grandes villes ; dans les communes rurales la situation est encore plus lamentable avec subsistance de foyers d'insalubrité, des mares favorisées par le climat pluvieux, des points d'eau non protégés. Or il est actuellement connu que la seule amélioration de l'approvisionnement en eau potable et l'évacuation correcte des matières usées apportent des résultats spectaculaires dans la lutte contre les maladies hydriques telles que la thyphoïde, l'amibiase, les filarioses, etc...

L'étude des problèmes d'assainissement :

Le comité régional africain dans sa réunion tenue à Accra, du 8 au 13 août 1960, sur le rôle des services de santé dans l'organisation des programmes d'assainissement, a établi un bilan de l'Afrique ; par ordre d'importance les problèmes retenus ont été les suivants :

1° Absence d'approvisionnement en eau saine pour la majorité de la population rurale ;

2° Absence de système hygiénique d'évacuation des excreta et des matières usées ;

3° Insuffisance de la lutte contre les insectes et vecteurs;

4° Insuffisance de logements sains ;

5° Dégradation des conditions alimentaires et insuffisance de contrôle des denrées ;

6° Nécessité d'une éducation systématique de la population en matière d'hygiène collective.

En 1965 la situation reste inchangée.

En Côte d'Ivoire, rares sont les zones rurales qui ont des points d'eau commodément situés et à l'abri des contaminations. L'habitat rural, c'est-à-dire l'habitat de plus de 85 % de la population est la case, humide, insalubre, au voisinage direct de la forêt d'où proviennent des insectes vecteurs (moustiques, mouches tsé-tsé) responsables de la transmission de certaines maladies. Les fosses d'aisance se trouvent non loin des cases, favorisant ainsi la pullulation des mouches qui établissent un pont aérien entre l'homme et les excreta.

Que faut-il faire ?

L'assainissement des agglomérations rurales comporte des travaux très variés :

— Les mares : il faut aménager ou supprimer les mares et les fondrières qui constituent des réserves d'eau stagnante ; c'est un aspect de la lutte contre les moustiques.

— Les cours d'eau : l'assainissement des villages exige souvent le redressement et la correction des petits cours d'eau qui les traversent. Si les moyens le permettent (aide de l'O.M.S. et des pouvoirs publics) on pourra faire une répartition d'insecticides et de larvicides dans les rivières et le long de leurs bords.

— L'eau potable : multiplication dans les zones rurales de points d'eau pure, assez nombreux, bien situés et d'un débit suffisant. Des méthodes peu onéreuses de purification de l'eau peuvent être utilisées avec des résultats évidents sur la mortalité infantile.

— Les eaux usées : il faut apprendre aux paysans à construire des fosses d'aisance correctes évitant ainsi de polluer la nappe d'eau souterraine.

Avec le concours de la population on pourra obtenir le creusement des tranchées et des égouts.

Mais c'est l'éducation sanitaire de la population qui permettra d'agir efficacement sur le milieu et l'environnement.

Nécessité d'une planification des problèmes d'assainissement : avec les exemples précités, on comprend l'extrême diversité des problèmes d'assainissement. Cette action sur le milieu physique, même si elle a pour objectif final la santé des individus, met en œuvre toutes sortes de facteurs qui ne sont pas de la seule compétence du médecin. L'agriculture, les T.P., le génie rural, les services vétérinaires, les services des eaux et forêts, l'urbanisme peuvent être appelés à donner des conseils sinon à prêter leur concours. C'est dire que la place de l'assainissement est à déterminer à la fois par rapport aux programmes de santé publique et par rapport au plan national de développement.

3° Nutrition

La fréquence des maladies dues à la malnutrition oblige à consacrer des crédits de plus en plus importants et des efforts au domaine de la nutrition.

La Côte d'Ivoire n'est certes pas un pays de famine ; l'alimentation est sans doute suffisante en quantité, mais elle est mal équilibrée.

Pratiquement les aliments de base sont les céréales et les farineux. Au sud du pays l'alimentation repose fondamentalement sur la banane-plantain, les tubercules d'ignames et de manioc. Au nord elle a pour base les céréales (riz, mils, sorghos).

Quels sont les déséquilibres alimentaires les plus fréquemment observées en Afrique ? Henri Dupin, directeur de l'O.R.A.N.A. (Dakar), qui a fait une étude sur les principaux aliments utilisés en Afrique intertropicale, répond : « Celui qu'on doit citer en premier est l'insuffisance des protides et plus spécialement les protides d'origine animale (lait, viande, poisson, œuf). Il existe de très grandes différences selon les régions : les peuples pasteurs ainsi que les pêcheurs disposent de ces aliments en abondance, mais les agriculteurs ont souvent une ration pauvre en protides, il y a donc intérêt à développer le petit élevage familial ».

Dans une proportion moindre, on a pu constater dans certaines régions un déséquilibre concernant les graisses, les vitamines et le calcium. Au manque d'aliments carnés s'ajoutent souvent dans certaines tribus des rites alimentaires comportant un certain nombre de tabous : la consommation de la viande de bœuf est prohibée chez certaines peuplades Gomon, Abidji et Adjoukrou ; celle du porc est exclue par les musulmans. Certaines castes Guéré, Wobè et Yacouba proscrivent le poisson de leurs aliments ; de nombreux gibiers font l'objet des mêmes mesures.

La malnutrition a pour conséquence la grave incidence de la pathologie nutritionnelle. Plusieurs maladies, affectant surtout les enfants, ont une relation étroite avec l'alimentation : le Kwashiorkor dont les médecins connaissent bien les signes (œdèmes des membres, taches dermiques, décoloration des cheveux, gros foie), l'insuffisance hépati·

que, les caries dentaires, la spasmophilie ou tétanie chronique.

Pour pallier à ce danger de la malnutrition, des efforts doivent être entrepris dans différents domaines. Au niveau de la production agricole, Henri Dupin donne les suggestions suivantes :

« A l'échelon familial, développer l'élevage, utiliser le jardin de case et planter des arbres fruitiers.

« A l'échelon national, planifier la production agricole. Les services de nutrition et les services agronomiques peuvent indiquer, après avoir étudié le régime habituel, quels sont les aliments dont la production et la consommation doivent être augmentées. »

Sur le plan éducatif, diffuser des conseils nutritionnels pratiques aux mères qui doivent continuer à préparer les plats traditionnels en insistant sur la composante protéique qui y fait souvent défaut.

A l'école, le programme des sciences naturelles ou de géographie doit comporter des chapitres d'éducation nutritionnelle. Dans les villages, l'instituteur, les animateurs ruraux ou autres personnes éclairées doivent apprendre à utiliser les aliments disponibles, à abandonner certaines pratiques alimentaires mauvaises, à développer la production de certains aliments nouveaux.

A l'échelon national, créer un institut de la nutrition dont les attributions sont prévues par l'O.M.S. :

— Recherche épidémiologique sur la fréquence et la nature des maladies de carence et sur les rapports de ces dernières avec d'autres problèmes de Santé publique ;

— Etude par enquêtes sur le régime alimentaire de la consommation des aliments et des coutumes alimentaires des diverses parties du territoire ;

— Formation d'agents locaux ;

— Elaboration et surveillance des programmes pratiques de nutrition mis en œuvre à l'échelon national et à l'échelon local.

Pour une meilleure alimentation la participation d'autres domaines est nécessaire, ce sont notamment l'agriculture, l'économie et l'éducation; et une coordination du Ministère de la Santé et des différents départements apparaît essen-

tiel. C'est ce qu'il est convenu d'appeler « le mariage de la Santé et de l'Agriculture ».

4° Mortalité infantile

Avec ce chapitre nous abordons un aspect qui caractérise tristement l'état sanitaire du pays. Dans sa thèse de Doctorat en Médecine, Toulouse, 1962, sur « Contribution à l'étude des besoins sanitaires et nutritionnels de l'enfance en C.I., Y.-H. AYE présentait avec beaucoup de vérité la situation : « Mais la forte mortalité infantile et le manque de médecins constituent par-dessus tout « le drame douloureux » que vivent continuellement, à toute heure du jour et de nuit, les mamans ivoiriennes ».

Ici nous sommes en face de besoins concrets et malgré les efforts, le taux de mortalité infantile reste très élevé : 150 pour 1.000 en moyenne. En France il est de 24 pour 1.000 et en Suède de 18 pour 1.000. A l'intérieur du pays les chiffres sont vraisemblablement plus élevés :

1 enfant sur 4 ne dépasse pas l'âge de 5 ans.

1 enfant sur 3 n'atteint pas 15 ans.

Les chiffres récents fournis par le Ministère de la Santé se trouvent indiqués dans le tableau suivant :

Répartition des décès par tranche d'âge (en %)

M-F	C.I.	France
0 à 1	23,2	3,7
1 à 4	26,1	0,7
5 à 14	10,7	0,5
15 et plus	40,0	95,1
Total	100	100

La mortalité infantile est beaucoup plus due à des maladies infectieuses et carentielles, c'est-à-dire à des causes exogènes, qu'au péril congénital (traumatismes obstétricaux, facteur Rhésus, la prématurité, les malformations).

Par manque d'études particulières en C.I. nous présentons le classement des causes par âge pour l'Afrique noire du professeur J. Sénécal :

— Entre 0 et 1 an (mortalité infantile proprement dite), les causes principales sont : les infections respiratoires, digestives, le paludisme ;

— de 1 à 3 ans ce sont les maladies infectieuses : la tuberculose, la rougeole ; les parasitoses et la malnutrition, en particulier la sous-nutrition jointe à l'insuffisance protidique (marasme, kwashiorkor) ;

— à l'âge scolaire, ce sont encore en Afrique les maladies infectieuses, la tuberculose en tête, les parasitoses (ankylostomes) et comme partout les accidents ;

— enfin lors de l'adolescence, toujours à côté des parasitoses, la tuberculose et les accidents.

D'après ce qui précède la lutte contre les facteurs exogènes est susceptible de faire chuter cette mortalité infantile dans de très fortes proportions. C'est pourquoi la première tâche doit être la lutte contre le péril infectieux et parasitaire : dépistage et prévention des maladies infectieuses et parasitaires, organisation des vaccinations : variole, B.C.G., diphtérie, tétanos, coqueluche, fièvre jaune, etc...

Contre le péril alimentaire, il faut éduquer les mères et leur donner des conseils nutritionnels pratiques comme nous l'avons souligné au chapitre de la nutrition.

Le péril congénital qui existe mais sans doute masqué par les autres causes, peut être réduit par la surveillance de la femme pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, par le dépistage des maladies contagieuses de la mère. Cette surveillance ne sera pleinement réalisée que lorsque du personnel qualifié sera formé en remplacement des accoucheuses traditionnelles.

Nous venons sans doute de citer les grandes activités qui doivent être réalisées dans les consultations des femmes enceintes, des nourrissons et d'enfants, dans les services de P.M.I. A l'heure actuelle, l'organisation en Côte d'Ivoire dénote un évident déséquilibre entre la capitale et l'intérieur.

A Abidjan, il existe un centre autonome de P.M.I.

secondé par les dispensaires de Treich-Ville et d'Adjamé qui comportent des activités de consultations de femmes enceintes et de nourrissons.

A Bouaké la maternité de Koko est seule à se charger de la protection de la mère et de l'enfant.

Partout ailleurs, dans les autres grandes localités, le rôle de P.M.I. est dévolu aux maternités qui sont déjà submergées par les accouchements et dont nous connaissons l'insuffisance de formation du personnel.

En Côte d'Ivoire, nous le savons, le taux élevé de natalité (50 à 60 pour 1.000), la considérable mortalité infantile et néo-natale, la fréquence des complications de la grossesse et des accouchements permettent de se rendre compte de l'ampleur des problèmes posés par la mère et l'enfant. C'est donc très rapidement qu'il faut marcher vers la création dans les communes urbaines et rurales de centres de Santé dans lesquels la mère et l'enfant trouveront les soins médicaux nécessaires à leur état de santé.

*
* *

Après ces considérations sur la lutte contre le sous-développement, il apparaît que les problèmes saillants sont ceux de la protection maternelle et infantile, de la lutte contre les maladies transmissibles, de la nutrition et de l'assainissement, dont les solutions adéquates se trouvent dans la prévention. Ce sont ces impératifs qui commandent l'orientation des efforts médico-sanitaires vers la médecine collective et préventive, la liaison avec l'hôpital restant cependant nécessaire pour assurer les soins les plus qualifiés.

ORIENTATION
VERS UNE MEDECINE SOCIALE INTEGREE

1° De la Médecine statique a la Médecine mobile

A ce sujet Sanner et Masseguin disaient que : « dans les pays où la densité médicale est faible, les distances considérables, la population dispersée, et où règnent des endémies meurtrières, on ne peut attendre aucun résultat d'ensemble appréciable d'une Médecine uniquement statique et individuelle ».

La conception traditionnelle de la médecine en France est à la fois très individualiste et très clinique, et lorsqu'on regarde quel a été l'essor de l'organisation sanitaire des pays d'Outre-Mer où la France avait la responsabilité, on se rend compte que pendant longtemps, il n'était pas question d'autre chose que l'installation d'hôpitaux plus ou moins équipés et des dispensaires distants de plusieurs centaines de km les uns des autres. Le médecin attendait dans la formation hospitalière et avait ainsi la satisfaction de pouvoir opérer des hernies étranglées, des appendicites, de faire face à tous les cas de traumatologie, de soigner les pneumonies et d'autres maladies infectieuses. Cette médecine curative développée à l'image des pays évolués présente l'inconvénient d'être très coûteuse.

Dans les pays en voie de développement qui n'ont pas de sécurité sociale et dans lesquels le revenu des masses est très limité, le terrible problème qui se pose aux responsa-

bles est celui de la gratuité de l'assistance médicale. Par le décret du 12 janvier 1960, la Côte d'Ivoire a choisi la gratuité des consultations, des soins médicaux et de l'hospitalisation dans les formations sanitaires publiques. Mais les bénéficiaires de cette action médicale sont forcément très limités étant donné la pénurie du personnel, l'équipement insuffisant et le manque de médicaments. En outre il ne faut pas ignorer l'aspect social de la médecine curative ; il arrive qu'un malade, après la consultation gratuite du médecin, reparte avec une ordonnance qui va grever lourdement le budget familial. Très souvent le malade ne peut pas se soigner parce qu'il n'a pas assez d'argent pour payer ses médicaments à la pharmacie. Tout compte fait la médecine curative apparaît comme une médecine de luxe ne pouvant servir qu'à quelques groupes de privilégiés dans le pays.

Pourquoi la médecine préventive qui a l'avantage de pouvoir étendre son action sur toutes les populations du pays rencontre-t-elle une résistance ? Pour les masses rurales et même pour certains représentants (Assemblée), la seule médecine qui garde leur faveur est celle qui est pratiquée dans les hôpitaux ou dans les dispensaires, parce que d'une part cette médecine curative a l'avantage d'être individuelle, de s'adresser à des maux très précis, à des douleurs très ressenties pour lesquels le malade est venu lui-même consulter ; d'autre part cette médecine de soins a pour elle le prestige que lui ont donné les manifestations de certaines techniques, en particulier l'art chirurgical. La fièvre jaune a disparu, la peste également, la maladie du sommeil est en constante régression ; c'est tout juste si les populations qui en ont été victimes s'en souviennent. On peut dire que dans tous les pays du monde, la médecine préventive est celle qui rencontre le plus de résistance.

Ce sont les hygiénistes, les sociologues et les économistes qui ont souligné l'importance des répercussions sociales des maladies les plus répandues dans les pays tropicaux. C'est l'énorme charge économique dont les statisticiens font état qui a obligé les responsables à chercher une autre orientation de la médecine. Les découvertes réalisées en matière de pathologie tropicale ont beaucoup aidé à l'évolution des

esprits et à la mise sur pied des conceptions nouvelles. Actuellement la discussion semble close ; dans les pays en voie de développement, la priorité doit être faite à la médecine préventive qui est une médecine de masse et d'Etat.

Quelles méthodes a-t-on adoptées jusqu'à présent pour faire la médecine de masse ? Dans un pays où la densité médicale est très faible (un médecin pour 25.000 habitants), les formations fixes sont distantes les unes des autres de plusieurs centaines de kilomètres parfois, on ne pouvait pas concevoir l'action médicale sous la forme de médecine traditionnelle. Il était nécessaire d'utiliser des méthodes originales. C'est depuis 1926, avec les premières missions du Dr. Jamot, que furent organisés les groupes mobiles ; les services de médecine mobile étaient destinés au dépistage, au traitement et à la prophylaxie des maladies endemo-épidémiques qui ravageaient les populations. En Côte d'Ivoire comme partout ailleurs en Afrique intertropicale, ils ont permis de pénétrer la masse, d'aller aux malades pour lutter contre les affections meurtrières avec une réelle économie de personnel et d'argent. C'est une arme de grande efficacité et de haut rendement pour la protection de l'ensemble de la population. Ce système de médecine mobile, grâce à sa grande mobilité et à la polyvalence de son action, a rendu et continue de rendre d'inestimables services.

2° Indivisibilité de l'action médicale

L'indivisibilité de l'action médicale, dans un pays donné où subsistent côte à côte une certaine forme de médecine à caractère mobile et tournée vers la masse et une médecine plus moderne, plus spectaculaire, tournée vers la réalisation d'hôpitaux ou de brillants dispensaires, est représentée par l'intégration de ces deux formes d'action médicale. On pourrait concevoir qu'elles persistent à s'ignorer et à travailler chacune de leur côté, chacune avec son objectif précis. Ou au contraire, faut-il concevoir que dans un pays donné, en voie de développement et dans lequel subsistent encore pas mal d'endémies, il soit nécessaire de

réaliser une action médicale unique et indivisible qui réussisse à maintenir sous une même autorité et par conséquent dans une direction bien définie et avec une articulation étroite les deux formes principales de la médecine actuellement utilisée.

Il y a longtemps que l'on pense à l'indivisibilité de l'action médicale. Le Dr. Jamot posait d'emblée trois principes :

— premier principe : si le secteur de prophylaxie appliqué à la lutte contre les grandes endémies est une nécessité, il ne faut absolument pas concevoir des secteurs figés une fois pour toute, mais au contraire une articulation entre tous les secteurs ;

— deuxième principe : s'il est vrai qu'une action urgente contre les grandes endémies nécessite un instrument spécialisé, il ne faut pas établir de barrières absolues entre l'assistance médicale fixe et la médecine mobile, mais au contraire une co-pénétration et une collaboration ;

— troisième principe : s'il est vrai qu'il y a des endémies majeures et des endémies mineures ou épidémies moins redoutables, là non plus il ne faut pas de cloisonnement épidémiologique. Il n'est pas possible de déclarer qu'aujourd'hui on s'occupe de la maladie du sommeil et que plus tard on s'occupera du paludisme. Il est nécessaire de faire face à l'une et à l'autre en même temps.

De plus en plus il y a intégration de chacun des instruments sanitaires dans l'organisation d'ensemble. Dans l'avenir il faudrait aller plus loin encore dans cette voie et préconiser la fusion pratique de la médecine de soins et la médecine préventive dans des institutions médicales d'un caractère nouveau et qui seraient en mesure d'englober les deux formes de médecine. C'est un pas de plus qui doit être franchi : non seulement indivisibilité et articulations, mais en quelque sorte fusion dans des organismes uniques.

3° Les points d'appui nouveaux de la Médecine de masse

Mais cette médecine préventive et sociale à forme mobile, doit-elle rester enfermée dans les sillons très précis d'autre-

fois ? Ne faut-il pas lui trouver des points d'appui nouveau plus modestes, et ne peut-on pas l'appliquer à des objectifs qui jusqu'à présent étaient restés en dehors de son action (la tuberculose par exemple) ? L'équipe mobile de dépistage, de traitement et de prophylaxie a été souvent un moyen, le seul possible, mais un palliatif. Elle doit ouvrir la voie à un dispositif mieux adapter dans lequel des districts sanitaires de petites dimensions auraient à la fois un poste médical fixe d'où rayonnerait à courte distance une équipe itinérante. De *l'hygiène mobile au Centre de Santé telle paraît la voie inéluctable de l'organisation sanitaire des pays jeunes.* Les nouvelles formations sanitaires à créer ou la transformation des anciennes doivent être conçues dans un sens plus complet et s'ériger en centre de Santé assurant une protection sanitaire totale. Ce centre, comme le définit l'O.M.S. est un « organisme qui, sous le contrôle direct d'un médecin au moins, fournit à une collectivité les services de Santé dont elle a besoin, ou les lui rend accessibles ». C'est dire qu'il doit rassembler les services multiples :

— consultations externes avec soins ;
— hospitalisation courante ;
— médecine préventive et prophylaxie ;
— protection maternelle et infantile ;
— service d'éducation sanitaire de la population ;
— service d'hygiène et d'assainissement.

C'est vers cette formule médicale idéale qu'il faut se diriger. Toutefois, il ne faut pas se dissimuler qu'elle exige beaucoup d'argent, de personnel et de moyens techniques et, par conséquent, pas mal de délais s'écouleront avant qu'on puisse implanter un centre de Santé pour chaque commune de 20.000 habitants.

LES EXIGENCES D'UNE COORDINATION INDISPENSABLE

Ce chapitre pose le problème de l'organisation dans le pays et de la très nécessaire planification des différents services. Etant donné la complexité du domaine de la Santé Publique qui, pour assurer au maximum la santé des individus, étend ses activités non seulement sur la guérison des maladies, mais surtout sur leur prévention élargie aux questions d'assainissement et d'éducation sanitaire de la population, ce n'est pas le seul Ministère de la Santé et de la Population qui a le monopole médical, mais d'autres Ministères ont des attributions sanitaires importantes. La coordination des activités sanitaires des différents départements est indispensable. Pour cela il faut partir de principes clairs :

— adopter des dispositions nécessaires pour réaliser une organisation rationnelle, un développement harmonieux des différents services de la Santé.

— prendre des précautions pour éviter que certains instituts tombent dans une sorte de « no man's land » administratif entre deux départements ministériels.

— du haut en bas de l'organisation des soins médicaux, la tendance doit être résolument à l'intégration des services préventifs et des services curatifs.

1 — Le Ministère de la Santé

Sur le plan national : l'autorité responsable est le Ministère de la Santé Publique et de la Population.

En Côte d'Ivoire ce Ministère fut fondé par un arrêté en date du 4 mars 1958 en succession de l'ancienne direction locale de la Santé Publique. Il s'intéresse à la Santé et aux problèmes sociaux de la Population. Ses attributions sont les suivantes :

a) Sur le plan politique :

Le Ministre assure la direction de toutes les activités sanitaires. Son cabinet comprend plusieurs bureaux :

— Le directeur de Cabinet ;

— Le Chef de Cabinet ;

— La Presse et le bureau des relations internationales.

b) sur le plan technique :

La Direction générale de la Santé Publique et de la Population créée par l'arrêté n° 9 M.S.P. du 8-2-64.

Elle organise, dirige et contrôle l'action des services publics, exerce le contrôle technique des établissements et œuvres privés qui concourent à la protection sanitaire et sociale de la population.

La composition et les attributions des services centraux de la direction générale de la Santé Publique et de la Population sont déterminées comme suit :

A) Le service administrtif et financier comprend :

1° une section « administration générale » chargée des études juridiques et des problèmes d'organisation administrative ;

2° une section « personnel » chargée de la gestion et de l'administration du personnel ;

3° une section « budget » et « comptabilité » chargée des prévisions budgétaires, de l'exécution des différents budgets et du contrôle des comptabilités des services et des formations ;

4° une section « service général » chargée du contrôle du personnel subalterne et du fonctionnement matériel et financier des services centraux de la direction générale.

B) Le bureau d'études.

C) La direction de l'hygiène publique et sociale :
1° une section « hygiène publique » ;
2° une section « hygiène sociale ».
D) La direction des Grandes Endémies.
E) La direction de la statistique santiaire et démographique et de la population.
F) La direction de la Pharmacie.
G) La direction des professions médicales et des formations et établissements sanitaires.

Les Commissions Consultatives en matière de santé sont :
— Les Conseillers Techniques qui traitent avec le Ministre des grands problèmes ;
— Le Conseil des Ministres ;
— Le Conseil Economique et Social ;
— La Commission Nationale Législative.

A L'ÉCHELON LOCAL

Au niveau des départements l'agent responsable est le Directeur Départemental de la Santé qui a sous sa dépendance les hôpitaux et les dispensaires ruraux, les maternités.

3 — Mais d'autres Ministères jouent un rôle important en matière de Santé, ce sont :

— Le Ministère des Affaires Sociales et du Travail qui a sous son autorité la Caisse de Compensation et de Prestatations Familiales, le seul organisme de Sécurité Sociale dans le pays, et la Médecine du Travail qui n'est pas encore très développée.

— Le Ministère des Affaires Etrangères qui signe et notifie les convention sanitaires internationales.

Le Ministère de l'Agriculture : nous avons déjà vu ce qu'il faut appeler le mariage entre l'Agriculture et la Santé. Il faut y ajouter l'interférence du service vétérinaire, car au point de vue épidémiologie nombreuses sont les relations entre la pathologie humaine et la pathologie animale.

— Le Ministère de l'Education Nationale : l'hygiène scolaire et universitaire dépend directement du Ministère de la Santé mais l'enseignement de la médecine relève comme il se doit de l'Education Nationale.

— Le Ministère de la Justice : s'occupe de l'enfance délinquante et de l'hospitalisation des prisonniers.

— Le Ministère des Travaux Publics règle les problèmes d'assainissement.

— Le Ministère de la Construction et d'Urbanisme doit respecter certaines normes d'hygiène en ce qui concerne l'habitat.

Le Ministère de la Santé et de la Population coordonne les activités sanitaires de ces divers Ministères ainsi que leurs services sociaux.

L'harmonisation en matière de Santé doit même dépasser le cadre national pour s'étendre à l'échelon interafricain réalisant ainsi une solidarité agissante en face de la maladie. Nous consacrerons un chapitre à cette synchronisation dans la lutte contre les affections endemo-épidémiques en Afrique.

PERSPECTIVES D'AVENIR

L'EQUIPEMENT SANITAIRE

1° Planification sanitaire et planification générale

La nécessité d'un plan d'équipement sanitaire articulé à l'intérieur d'un plan général de développement n'est plus discutée. Il n'est plus possible à aucun pays de concevoir son développement de la santé à l'aide de réalisation conçue d'année en année au fur et à mesure que l'on a un peu d'argent devant soi. Après la conception claire d'une doctrine il faut un programme. Sans parler d'une planification stricte dont on connaît les aléas, il est évidemment nécessaire d'adopter une politique sanitaire comprenant : la protection maternelle et infantile, la lutte contre les maladies transmissibles, l'amélioration de l'alimentation et de l'hygiène, la formation du personnel médical, l'équipement des hôpitaux et des Centres médicaux fixes et mobiles, l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.

La conception actuelle de la politique sanitaire tout en donnant la priorité à la médecine préventive n'es pas orientée contre la création des hôpitaux. « Planifier c'est concilier toutes les exigences » et reconnaître la nécessité de l'une ou de l'autre médecine. D'ailleurs l'hôpital, d'après la nouvelle conception, doit allier systématiquement toutes les activités sanitaires. C'est ainsi que le conçoit l'Organisation Mondiale de la Santé pour laquelle « l'hôpital est élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médi-

caux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un Centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale ».

Ainsi donc l'hôpital devient un Centre de santé publique où les activités diverses de diagnostic, de traitement, de prévention et d'éducation sanitaire sont exercées.

La nécessité du développement hospitalier n'est pas discutée ; il nous suffit seulement de poser quelques principes auxquels doivent obéir les nouvelles réalisations hospitalières.

— Etant donné l'écart entre les besoins et la possibilité du pays, il est essentiel de fixer des priorités et de concevoir des services en fonction des possibilités économiques. Cesser de voir dans l'hôpital la preuve tangible du progrès social et éviter la multiplication à brève échéance des grands hôpitaux perfectionnés et coûteux dont l'entretien risque de léser le petit budget de la santé. L'évolution du domaine sanitaire doit être progressive vers l'installation d'un système complet en équipement sanitaire.

— Eviter la concentration excessive des hôpitaux dans les grandes villes, car l'expérience montre que près de 50 % des malades hospitalisés dans les hôpitaux urbains sont domiciliés dans les localités de l'intérieur. Il faut donc prévoir des constructions d'hôpitaux régionaux pour assurer des soins de qualité aux malades de l'intérieur au lieu de les laisser affluer sur Abidjan. Dès le départ une attention particulière doit être réservée au développement de la santé rurale.

Après enquêtes sanitaires effectuées par des spécialistes, l'administration Ivoirienne a adopté cette optique nouvelle de santé publique dans son plan de 1960 à 1970 :

— Dévelopement prioritaire de la médecine préventive et sociale. La prévention devient ainsi la base de l'action médicale.

— Développement de l'éducation sanitaire de la population.

— Régionalisation et coordination de la santé publique.

2° Les bases de la Médecine Préventive

La Médecine Préventive en Côte d'Ivoire comme dans les autres pays francophones, se trouve assurée par un service qui est l'héritier de l'ancien service d'hygiène mobile et de prophylaxie, devenu service des Grandes Endemies. En chiffre absolu, ce secteur préventif de l'action médicale paraissait bien doté en personnel et en matériel. Pratiquement il n'absorbait malgré tout qu'une part minime de l'effort national : 20 % environ des dépenses de Santé Publique, ce qui n'est vraiment pas excessif pour un organisme auquel est confié, à travers ses circuits de dépistage, de prophylaxie et de traitement, la couverture de toute une population.

Mais il y a plus grave : en beaucoup d'endroits, les secteurs des Grandes Endemies et les dispensaires ruraux font géographiquement double emploi, la médecine mobile interférant sur des zones couvertes par les dispensaires, ou inversement. Dualité d'autant plus regrettable que la densité du réseau d'Assistance Médicale est plus faible.

Aussi devenait-il essentiel de repenser la conception du rôle des dispensaires de brousse pour en arriver à définir la structure sanitaire de l'unité géographique rurale capable de faire face à la fois aux besoins de l'assistance et à ceux de la prévention.

De quoi s'agit-il ? De rien moins que de préparer une infrastructure sanitaire nouvelle pour les régions rurales. Celle-ci comporterait, à partir des formations fixes existants ou à créer, d'une part les noyaux de base nécessaires pour l'application des programmes préventifs de la Santé Publique, d'autre part le point d'appui essentiel pour l'organisation d'une médecine mobile qui serait à la fois :

préventive,
curative
et éducative.

Cette orientation est dirigée vers la mise en place de *Centres de Santé* ruraux véritablement polyvalents et à vocation diversifiée, comme suite à une révision des conceptions en cours, une réforme des structures actuelles basée sur une

fusion de services qui pour l'instant sont séparés et s'ignorent.

Nous ne sommes pas sans savoir que les Centres de Santé ruraux ne représentent pas le panacée universel. Nous admettons d'autre part parfaitement que la réforme elle-même, qui aboutira à la fusion de la médecine rurale et des Grandes Endemies, comporte des préalables à la fois budgétaires, de réalisations et de personnel.

L'audace n'exclut pas la prudence. Ce qui est sûr en tout cas, c'est que nous sommes devant une orientation imposée par les faits comme par l'évolution socio-économique. La Côte d'Ivoire est bien placée pour l'aborder sans déchirement douloureux, voire sans bouleversements majeurs.

FORMATION DES CADRES TECHNIQUES PLEINEMENT QUALIFIES

Le problème de la formation des cadres est général dans tous les secteurs de la nation. Avec la formation des professeurs et maîtres, la formation du personnel médical qualifié se pose avec une grande acuité. Nous avons insisté, dans le chapitre de la situation sanitaire en Côte d'Ivoire, sur l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel médical. Le souci majeur des responsables est sans nul doute celui de trouver à brève échéance les médecins, les sages-femmes et les infirmiers sans lesquels tout programme d'action sanitaire et sociale est voué à l'échec.

Pour arriver à résoudre la pénurie du personnel une priorité doit être faite à la formation du personnel autochtone pour remplacer progressivement le personnel de l'assistance technique.

1° *Des médecins militaires aux médecins Africains :*

Jusqu'en 1919 le corps médical était composé de médecins de l'assistance médicale indigène et de médecins fournis par le Service de Santé militaire des troupes d'Outre-Mer. Ils étaient une vingtaine environ à assurer le service de Santé régi en Côte d'Ivoire par l'arrêté général du 1er juin

1912. Cet effectif est évidemment insuffisant pour satisfaire les besoins médicaux de la population. Il était donc nécessaire de créer un cadre de praticiens africains.

Le décret du 14 janvier 1918 institua à Dakar une Ecole de Médecine assurant le recrutement de médecins africains nécessaires pour combattre les Grandes Endemies et lutter contre la mortalité infantile.

La première promotion de médecins africains sortait en 1922. Après un niveau équivalent à la classe de 2e que leur donnait l'Ecole de Wiliam Ponty de Dakar, ils entraient à l'Ecole de Médecine où ils recevaient un enseignement contenu dans un programme minimum de 4 années d'études médicales et sortaient avec le titre de médecins auxiliaires appelés médecins africains dont la haute valeur professionnelle, le courage et l'abnégation ne sont plus à démontrer.

2° *Des médecins africains aux docteurs en médecine :*

En 1953 cette Ecole a été supprimée et remplacée par l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dakar assurant la formation complète des médecins au même titre que les Facultés françaises. En même temps, on donnait la possibilité aux médecins africains titulaires du baccalauréat complet, de compléter le cycle d'études à Paris ou à Bordeaux en effectuant la 4e année et la 5e année et en soutenant une thèse de Doctorat en Médecine.

Les permiers docteurs en médecine autochtones sortaient en 1950. Depuis leur nombre augmente progressivement. Ils sont formés pour la plupart à Dakar et dans les Facultés de Médecine françaises.

L'Ecole de Médecine d'Abidjan.

L'accession d'un Etat à l'indépendance accorde de nouveaux droits, mais aussi des devoirs et en particulier celui d'élever le niveau de santé de la population. C'est pour cela que les responsables du gouvernement ont tout mis en œuvre pour créer une Ecole de Médecine qui aura la haute

mission de doter le pays des médecins pleinement qualifiés dont il a un urgent besoin.

Quelles sont les origines de cette Ecole de Médecine ?

— En 1958-59 débuta un Centre d'Etudes Supérieures d'Abidjan organisé par l'Université de Dakar et financé par le gouvernement de Côte d'Ivoire.

L'année 1960 voit la création d'un Centre d'Enseignement supérieur patroné par l'Université de Paris. Pendant la période 1960-63, son directeur fut Ch. NOIROT, professeur à la Sorbonne.

— Le 1er octobre 1963 le Centre fut transformé en Université dont l'inauguration a été faite le 21 janvier 1964.

L'Université d'Abidjan comprend actuellement quatre écoles (droit, sciences, lettres et médecine) groupant environ 1.500 étudiants cette année scolaire 1965-66.

Depuis 1961 l'Ecole des Sciences prépare les étudiants au P.C.B.. C'est en octobre 1962 que fut ouverte l'Ecole de Médecine. A cette occasion il faut rendre un hommage particulier à la mémoire du Médecin Général Inspecteur Le Dantec, fondateur de l'Ecole de Médecine de Dakar et qui fut une fois de plus un des pionniers de l'Ecole de Médecine d'Abidjan. Celle-ci comprend actuellement les deux années de médecine et groupe 62 étudiants. De proche en proche un cycle d'études complet sera institué. En attendant la construction du Centre Hospitalier Universitaire comportant des locaux d'enseignement, les laboratoires de recherches et les services cliniques nécessaires aux études médicales, l'enseignement de la Sémiologie médicale et chirurgicale se fait à l'Hôpital Central, à l'Hôpital de Treichville et au Centre Antituberculeux.

L'ensemble Hospitalier Universitaire dont le projet a été fait par le programmiste M. le Docteur Ferrand répondra aux besoins hospitaliers de la population d'Abidjan et aux nécessités d'enseignement qui étaient estimés à un effectif de 250 étudiants en médecine, soit la promotion terminale de 20 médecins chaque année. Le nombre d'étudiants à accueillir a été calculé d'après les prévisions concernant d'une part les besoins et d'autre part les remplacements des médecins africains en service et des médecins

au titre de l'Assistance Technique, et compte tenu des médecins ivoiriens actuellement en formation.

M. le Doyen Huard, professeur à la Faculté de Médecine de Rennes, assure la direction de l'Ecole de Médecine d'Abidjan qui est placée sous le double patronage des Universités de Rennes et de Paris.

Avec l'ouverture de cette Ecole de Médecine une nouvelle étape est franchie, c'est la formation en Côte d'Ivoire même du personnel technique pleinement qualifié. Plusieurs considérations sont à faire à ce sujet. D'abord il faut exiger une formation de qualité et de niveau international. C'est pourquoi dès le départ non seulement il faut un équipement moderne pour l'enseignement théorique et pratique, mais surtout un personnel enseignant de compétence reconnue ; en même temps favoriser l'accession au grade d'enseignants à des médecins autochtones.

Ensuite une nécessité nous apparaît évidente, c'est l'adaptation du programme aux réalités africaines. Certains enseignements comme la Médecine Tropicale, la Parasitologie, l'Hygiène relégués à un rang secondaire en France, doivent être développés et faire l'objet de recherches particulières. La nutrition doit être dotée d'une chaire entière de Médecine vue l'importance qu'elle revêt en pays tropical. Il convient donc de recommander « un enseignement sur mesure » ; l'adaptation pédagogique que l'on fera n'enlèvera rien à la qualité de la formation que recevront les futurs médecins.

L'orientation vers les spécialités médicales doit être faite en fonctions des besoins. Actuellement la médecine moderne bénéficie de progrès constant en clinique médicale, en thérapeutique, en laboratoire, en certaines techniques (radiologie) qui obligent les médecins à se spécialiser. Nous assistons à une multiplicité de spécialités ; c'est ainsi que certaines maladies ou groupe de maladies demandent des études spéciales (Dermato-Vénérologie, Rhumatologie, Cancérologie etc.). Chaque étudiant qui finit ses années normales de médecine se trouve à un carrefour : terminer en passant le Doctorat en Médecine ou se spécialiser en faisant 3 ou 4 ans d'études spéciales. Pour les pays jeunes, la tendance des gouvernements est d'envisager la formation des spécia-

listes en fonction des besoins du pays. Il y a donc une pression sur l'orientation des étudiants qui, en majorité sont des boursiers. Quoi qu'il en soit il y a une pénurie non encore résorbée de médecins spécialistes susceptibles de donner les soins les plus qualifiés dans les hôpitaux de la capitale et des préfectures. Mais les nombreux médecins qui exerceront leur art dans les formations sanitaires rurales pratiqueront à la fois la médecine et la chirurgie. C'est pourquoi après le diplôme et avant son affectation à un poste, l'omnipraticien doit faire un stage de courte durée dans un service de chirurgie. Nous pensons que l'Ecole de Médecine d'Abidjan veillera particulièrement à donner cette initiation chirurgicale qui permettra aux médecins de faire face aux exigences d'une médecine rurale essentiellement polyvalente.

FORMATION DU PERSONNEL AUXILIAIRE

Un problème, non sans importance, reste celui de la formation du personnel auxiliaire. Nous avons déjà fait état de la situation caractérisée par la double insuffisance quantitative et qualitative.

Sur le plan quantitatif voici les effectifs au 31 décembre 1961, publiés par la Direction de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographique. Il ne nous a pas été possible d'avoir des chiffres plus récents.

Assistance technique (budget français)	*Personnel Infirmier*		*Sages-Femmes*
	Sous-off. infirmiers ..	5	S.-F. d'O.M. ...
	Infirmières d'O.-M. ..	6	
		11	
Personnel contractuel dit d'Assistance Technique (budget ivoirien)	Infirmier contract. ...	1	S.-F. contract. ..
	Infirmières	43	
		44	

sonnel Africain	Infirmières	8	Sages-femmes ..	5
dget ivoirien)	Infirmiers	14	S.-F. africaines .	73
	Infirmiers A.M.A.	921		—
	Infirmières A.M.A. ...	373		78
	Infirmiers du Service des Grandes Endemies	204		93 —
		1.520		
	Total général	1.575		

Il existe actuellement une Ecole d'Infirmiers, d'Infirmières et de Sages-Femmes dont les effectifs sont les uivants depuis 1961 :

1961-1962 :

1re Année cycle transitoire	64	élèves
2e Année — —	94	—
1re Année Sages-femmes d'Etat	14	—
1re Année Infirmiers d'Etat	11	—

1962-1963 :

1re Année cycle transitoire	83	—
2e Année — —	61	—
1re Année Sages-femmes d'Etat	6	—
2e Année — —	13	—
1re Année Infirmiers d'Etat	19	—
2e Année — —	10	—

1963-1964 :

1re Année cycle transitoire	102	—
2e Année — —	66	—
1re Année Sages-femmes d'Etat	10	—
2e Année — —	6	—
3e *Année* — —	13	—
1re Année Infirmiers d'Etat	37	—
2e Année — —	15	—
3e *Année* — —	10	—

Cette Ecole de Treich-Ville, comme le tableau l'indique, groupe 3 ordres d'auxiliaires médicaux :

— Les élèves infirmiers du cycle transitoire recrutés au niveau du Certificat d'Etudes qui reçoivent un enseignement contenu dans un programme minimum de 2 années d'études.

— Les élèves infirmiers et infirmières d'Etat.

—— Les élèves sages-femmes d'Etat.

Il faut remarquer que l'Ecole d'Infirmiers et Infirmières d'Etat et de Sages-Femmes d'Etat n'existe que depuis 1961 et que le niveau exigé pour l'admission (Brevet Elémentaire) explique le très petit nombre d'élèves.

Quoiqu'il en soit cette Ecole est manifestement insuffisante pour former tous les agents médicaux dont le pays a besoin ; c'est donc sans retard qu'il faut prévoir une autre Ecole. L'institution d'une Ecole conduisant au diplôme d'Etat dans l'enceinte du futur Centre Hospitalo-Universitaire est un projet qui vient à point.

Il nous faut signaler quelques problèmes qui se posent pour le recrutement, la formation et l'utilisation de ce personnel.

Le recrutement.

Il est très difficile de trouver un effectif suffisant. Les professions médicales et paramédicales connaissent une certaine désaffection parmi les vocations. Ceci s'explique par l'insuffisance du salaire offert au personnel. Les jeunes gens préfèrent s'orienter vers des professions plus lucratives et aux horaires moins pénibles.

La formation.

A ce sujet il est intéressant de préciser quelles tâches essentielles ce personnel doit remplir. Dans un pays où la densité médicale est très faible, les auxiliaires médicaux surtout en zone rurale, assument des responsabilités considérables au sein de la Santé Publique. C'est pourquoi à côté des connaissances sur les soins infirmiers, des notions sur le dépistage des maladies prédominantes, sur l'hygiène

de la maternité et de l'enfance (pour le personnel féminin) sur l'assainissement et sur l'éducation sanitaire doivent être suffisamment inculquées aux infirmiers pendant leur formation. La durée des études fixée à 3 ans leur permet d'acquérir des connaissances solides et une compétence plus large.

L'utilisation.

En principe le personnel auxiliaire n'a pas à effectuer un travail indépendant ; il doit être toujours sous le contrôle d'un médecin. Mais en fait la majorité du corps infirmier est destinée aux postes médicaux et dispensaires de l'intérieur où il se débrouille le plus souvent tout seul.

La spécialisation.

La notion de spécialisation hospitalière commence à être admise ; nombre des infirmiers et infirmières sont envoyés en France pour faire un stage de spécialisation à l'issue duquel ils servent dans les hôpitaux.

Pour terminer il faut rappeler aux auxiliaires médicaux leurs devoirs civiques : le sens de la ponctualité, du dévouement, de l'abnégation, de la probité, de la conscience professionnelle sont autant de sentiments qui sont nécessaires pour cette carrière qui est bien particulière.

L'INTEGRATION DE L'EFFORT MEDICAL DES COLLECTIVITES DANS LE PLAN GENERAL DE LA SANTE PUBLIQUE

Nous avons vu que la Santé Publique, dans ses nouvelles conceptions, vise à réaliser les conditions favorables au « *bien-être le plus complet de l'homme* ». Ce but ne peut être atteint que dans la mesure où la population considérée, renseignée sur les problèmes d'hygiène et déchargée de certains préjugés, veille elle-même sur sa santé. C'est la grande tâche qui est dévolue à *l'éducation sanitaire* qui doit faire appel à la masse.

En quoi consiste l'Education sanitaire ? c'est évidemment l'instruction de la population en matière d'hygiène, mais empruntons à Parisot sa définition plus précise et plus ample : « Elle est tout à la fois une *science* utilisant les connaissances multiples et une *discipline* qui se réclame d'une pédagogie nouvelle et très particulière. La Biologie, la Psychologie, l'Ethnographie, la Biostatistique, la Démographie, les Sciences de l'homme, mais surtout l'Hygiène, la Médecine préventive, les Sciences médicales et sociales, les techniques et méthodes éducatives, notamment celles qui ont trait à l'enseignement audio-visuel, fournissent à l'Education sanitaire ses bases et ses principes, sa doctrine et ses moyens ».

En Afrique comme ailleurs, les spécialistes des différentes disciplines s'accordent à dire que si l'Education sanitaire de la population était bien menée, la morbidité serait

moins importante, la gravité de certains cas serait atténuée et la mortalité serait faible.

Les principes de cette nouvelle pédagogie sont très simples et consistent à savoir *les lois de la vie*. « La santé, a dit le professeur Pierre Delore, ne peut être abandonnée à l'inexpérience, pas plus qu'aux mauvaises habitudes, aux passions. Propreté et bonne tenue, pureté et simplicité des mœurs, sobriété et volonté sont les facteurs de santé d'ordre éducatif. Le plus souvent les maladies et les accidents sont à leur origine des facteurs humains d'ordre intellectuel ou moral : ignorance, imprévoyance, imprudence, négligence, immoralité, intempérance, les idées fausses et les préjugés ».

Il a toujours existé une forme d'éducation sanitaire ; les conseils curatifs donnés par les médecins aux malades en constituent des éléments. Mais sa conception nouvelle essentiellement *préventive* est très récente et ne fait que commencer même dans les pays les plus évolués en matière d'hygiène publique.

En Côte d'Ivoire, il n'y a pas encore d'organisme spécial d'éducation sanitaire. Les seuls efforts dans ce domaine se résument aux renseignements donnés aux malades à l'hôpital, à la maternité et aux centres de P.M.I. ; et à des émissions périodiques diffusées à la radio. Mais c'est très prochainement que nous devons marcher vers l'installation d'un *service spécialisé* d'éducation sanitaire utilisant des méthodes et des moyens adaptés aux conditions sociales, culturelles, psychologiques et économiques du pays. Pour la réaliser, il faut déjà envisager la structure, le personnel technique et les fonctions.

Structure :

Pour arriver à intégrer la masse à l'effort de Santé publique, il faut établir un programme, mettre en *œuvre une organisation* et former des agents spécialisés. La participation de la masse doit être animée et encadrée à partir du sommet. Le principe de la création d'un service spécialisé d'éducation sanitaire à l'échelon national avec ses ramifications à l'intérieur du pays grâce au Centre de

santé, paraît la meilleure solution si l'on veut aboutir à un résultat dans l'ensemble appréciable. Il est nécessaire aussi que les responsables des services médico-sociaux participent à l'action éducative dans leur activité propre. C'est ainsi que les équipes mobiles de diagnostic, de traitement et de prophylaxie, peuvent jouer un rôle important. Il s'agit d'utiliser tous les moyens de pénétration de la masse : démonstrations publiques, conférences, radiodiffusion en langues vernaculaires, télévision, cinématographie, presse, etc... Il s'agit de faire pénétrer cette action partout, dans les hôpitaux, dans les maternités, dans les centres de P.M.I., dans les campagnes de vaccination, dans l'école. Pour être accessible aux ruraux, l'éducation sanitaire doit s'inscrire dans un programme commun avec la vulgarisation agricole, l'éducation de base, l'éducation professionnelle. C'est pourquoi la première exigence est une coopération étroite entre les différents organismes qui s'intéressent à la population sur le plan économique, social, éducatif et sanitaire. C'est ainsi que dès le départ, il faut prévoir un dispositif de coordination entre les Ministères de Santé Publique, de Travail, d'Information et d'Agriculture, qui doivent s'attacher à réaliser de concert un programme commun établi par une équipe nationale d'éducateurs sanitaires.

1° La Formation du Personnel

Ce personnel doit être composé de techniciens compétents. A l'échelon national, faire appel à un médecin spécialisé en matière d'éducation sanitaire. Il sera à la tête d'une équipe comprenant des infirmiers, des assistantes sociales, des pédagogues, des techniciens du matériel audio-visuel, des ethnologues. Cette équipe aura pour rôle d'établir les programmes, de mettre au point les méthodes adaptées au pays, de préparer le matériel, et d'en évaluer l'efficacité.

A l'échelon local, les instituteurs, les animateurs ruraux, les responsables politiques, composant le groupe d'action sanitaire, doivent recevoir une formation en éducation sanitaire dans les stages de courtes durées, organisés par

l'équipe nationale. A cause de la psychologie toute particulière des ruraux, les personnes qui s'occupent de ces problèmes doivent avoir une audience large auprès des masses ; il est même préférable qu'elles en soient issues.

2° Fonctions de l'Education sanitaire

A priori, une étude sur l'éducation sanitaire doit être basée sur :

1° La recherche des besoins sanitaires dont la solution peut être apportée ou aidée par l'éducation. Il faut donc faire une étude systématique de la pathologie, de la morbidité, de la mortalité, du mode de transmission des maladies et de l'environnement géographique. Cette étude peut être aidée par les renseignements fournis par les médecins et les responsables locaux. Il faut en outre faire une recherche parallèle sur l'organisation sociale, les groupements officiels, confessionnels et mutuels existants qui peuvent servir de base à la pénétration des idées nouvelles.

2° Les moyens et les méthodes adaptés aux pays. On retiendra les conseils du médecin à chaque occasion (consultations, vaccinations), la formation des instituteurs et des animateurs ruraux en matière d'éducation sanitaire, l'intégration des principes d'hygiène dans l'enseignement général et dans les programmes de l'éducation de base, l'information du public au moyen de conférences, de communiqués aux journaux, émissions radiophoniques ou télévisées, films, affiches.

3° Les ressources disponibles et les possibilités en personnel

Il faut compter non seulement sur les médecins, les dentistes, les infirmiers et sages-femmes, mais aussi sur les cadres du service social de l'information qui peuvent apporter un précieux concours. Il faut aussi apprécier l'incidence financière et l'éventualité de l'aide de l'étranger ou des organisations internationales.

Toutes ces considérations permettront de mettre en œuvre un programme continu d'éducation sanitaire. Au

début des *Centres pilotes* pourraient être expérimentés, permettant ainsi de mettre les méthodes au point et d'assurer la formation du personnel.

L'éducation sanitaire constitue un impératif majeur dans l'organisation de la santé publique. Dans la nouvelle conception médicale des pays en voie de développement, elle accroîtra le rendement de la médecine préventive et l'efficacité de la médecine curative. Elle est le fait de tous, aussi bien le personnel médical que les différents responsables des collectivités et elle doit recueillir l'adhésion spontanée et libre de la masse.

LES PROBLEMES FINANCIERS

Parmi les considérations dont il faut tenir compte pour la mise en place d'un programme sanitaire dans un pays, les facteurs économiques constituent, sans nul doute, les impératifs les plus importants. C'est le double manque de capitaux et de personnel qualifié qui explique d'une part le choix d'une politique sanitaire essentiellement tournée vers la médecine préventive, et d'autre part la modestie dans les réalisations qui doivent être adaptées aux moyens budgétaires du pays.

Quel budget la Côte d'Ivoire consacre-t-elle à la santé de sa population ? Le tableau suivant donne le montant et la composition du budget du Ministère de la Santé Publique et de la Population depuis 1961 :

		PERSONNEL	MATÉRIEL
1961	1.775.507.000 dont	937.544.000	833.963.000
1962	2.314.000.000 dont	1.227.000.000	1.087.000.000
1964	3.000.000.000		
1965	3.060.000.000		

La Côte d'Ivoire consacre environ 10 % de son budget général à la Santé publique. Ce taux n'est pas des plus brillants, puisqu'on admet qu'un pays en voie de développement ne doit pas hésiter à disposer de 15 % de son budget au fonctionnement de son service sanitaire. Malgré la

progression continue de 1961 à 1965 (le chiffre a presque doublé), on s'aperçoit que ce budget représente peu de chose en valeur absolue ou en chiffre moyen par tête d'habitant. La médecine privée qui devait faire l'appoint n'est guère très développée dans le pays et se compose de quelques dispensaires de la Caisse de Compensation et de Prestations Familiales et de quelques cabinets médicaux à Abidjan. Mais il est vrai que d'autres Ministères ont des attributions importantes en matière de Santé (Travail et Affaires sociales, Agriculture, T.P., etc...) et que le reste du budget du pays est utilisé en dépenses d'investissements et d'équipement dont le résultat sera d'élever le niveau de vie de la population et par là même d'améliorer le niveau de santé.

Maintenant examinons de plus près les grandes affectations du budget sanitaire. Pour le financement de l'action médicale, trois catégories de dépenses sont nécessaires :

— des dépenses d'investissement ;
— des dépenses ordinaires ;
— et des dépenses épisodiques.

Les dépenses d'investissement, non renouvelables, sont représentées par des constructions, par des rénovations de bâtiments anciens, et d'une manière générale par l'aménagement de toutes les installations de base nécessaires à l'équipement d'une formation sanitaire. La Côte d'Ivoire, malgré l'équilibre appréciable établi entre les dépenses engagées pour le personnel et les dépenses qui reviennent à l'achat du matériel, a des moyens trop limités pour financer les réalisations de modernisation de l'appareil sanitaire. Force est donc de faire appel à l'aide extérieure bilatérale et multilatérale. C'est ainsi que le Gouvernement Ivoirien a dû demander au F.A.C. de supporter la presque totalité du coût des bâtiments et l'équipement du Centre hospitalo-universitaire. Il est essentiel pour la Côte d'Ivoire d'obtenir que les fonds alloués par cette aide ne soient pas utilisés à des projets particuliers dictés par l'organisme donateur, mais qu'ils soient affectés à des réalisations adaptées et prévues dans le programme d'action sanitaire et sociale. Que ce soient des fonds du pays ou des fonds d'aide étrangère, ils doivent être utilisés pour acquérir un équipement

aussi complet que possible, tout en évitant de concentrer les moyens budgétaires sur un onéreux équipement hospitalier de médecine curative.

La deuxième catégorie, de dépenses, est représentée par *les dépenses régulières* qui se rapportent au fonctionnement des services et des établissements, et dont la plus grande part est destinée à la rémunération du personnel. Ce dernier chapitre de dépenses représente un poste lourd qu'il ne faut pas chercher à comprimer. En matière de rémunération, on ne peut pas descendre au-dessous d'un certain niveau sous peine de voir le personnel déserter le secteur sanitaire. La Côte d'Ivoire a connu une désaffection des études médicales à cause du mauvais traitement donné aux médecins. Le Gouvernement vient sans doute de pallier à ce danger en réservant aux docteurs en médecine une bonne place dans l'échelonnement indiciaire et classement des corps des fonctionnaires des administrations et établissements publics, prévus dans la réforme de la fonction publique.

Quant à la troisième catégorie de dépenses, c'est-à-dire *les dépenses épisodiques* ou exceptionnelles qu'il faut prévoir pour être en mesure de faire face soit à une épidémie imprévue, soit à une opération d'assainissement, soit à une campagne de masse qui peuvent à tout moment se révéler nécessaires, la Côte d'Ivoire en connaît l'utilité. La campagne de vaccinations anti-varioliques menée depuis 1961 est loin d'être terminée. D'autres affections épidémiques attendent des mesures similaires. L'armement antituberculeux est à son début.

Nous venons d'examiner les différentes sortes de dépenses auxquelles le budget sanitaire doit faire face pour assurer l'assistance médicale de la population. Il est maintenant opportun de se demander quel est le système de financement envisagé pour l'action médicale dans le pays ?

Le système retenu par la Côte d'Ivoire est celui de *l'Assistance Médicale Gratuite* (décret du 12 janvier 1960) mise à la disposition de tous les citoyens sans aucune discrimination, les riches comme les plus pauvres ayant la possibilité de se faire traiter et hospitaliser gratuitement. Ce système suppose un financement assuré par l'Etat seul. S'il

a pour avantage de favoriser une fréquentation plus grande des établissements sanitaires et de faciliter l'action des équipes mobiles, l'assistance médicale, dans la mesure précisément où elle repose sur les seules ressources publiques, se trouve en butte à de grandes difficultés. Le budget de la Santé, en effet, ne représente que 10 % environ du budget total du pays, proportion qui est sans doute insuffisante pour assurer le fonctionnement normal des services sanitaires de tout le territoire. Ce sont les régions rurales qui font, pour ainsi dire, les frais de cette gratuité. L'hôpital du chef-lieu, en effet, est assuré d'être bien pourvu en fourniture de pharmacie et de matériel ; par contre le ravitaillement des petites formations de brousse n'est pas régulier, si bien que l'Assistance médicale gratuite se trouve dans ces régions dans l'impossibilité d'exercer pleinement son rôle.

La Sécurité Sociale élargie à l'ensemble de la population peut-elle être introduite en Côte d'Ivoire ? Il est évident que les difficultés sont multiples. En effet, si nous examinons les grands principes qui régissent l'organisation d'un régime de Sécurité Sociale, trois points fondamentaux retiennent notre attention.

1° Le système est essentiellement fondé sur le principe des cotisations obligatoires proportionnées au salaire de chacun. La Sécurité Sociale suppose, par conséquent, une masse importante d'employeurs et d'employés.

2° Le deuxième principe est celui de la solidarité entre les diverses catégories de la population. L'assujetti qui touche un haut salaire se trouve contraint à verser une cotisation plus importante que le simple manœuvre, mais l'un et l'autre ont exactement les mêmes droits en matière de prestations médicales et pharmaceutiques. A ce sujet on a pu dire que la Sécurité Sociale est une forme de redistribution des revenus.

3° Un troisième principe important sur lequel est fondé un système de sécurité sociale et qui est considéré comme l'une des formes de démocratie sociale, est celui qui consiste à confier la gestion des fonds aux cotisants eux-mêmes par l'intermédiaire d'administrateurs élus.

Le simple rappel de ces différents principes fait appa-

raître les difficultés que représente la création, dans un pays en voie de développement de systèmes de Sécurité Sociale. Le premier obstacle est peut-être le plus important tient aux structures économiques et sociales du pays : le financement de tels systèmes implique un volume de salaire assez considérable, mais la population salariée représente à peine 5 % de la population active.

La majorité de la population (85 %) est composée de ruraux dont nous connaissons les particularités de mode de travail et du genre de vie. Dans un tel pays, la Sécurité Sociale ne pourrait pas trouver une source de financement suffisant, et serait condamnée à vivre sur les subventions de l'Etat.

Une autre difficulté importante, c'est la notion de gestion démocratique des caisses de sécurité sociale qui implique une éducation suffisante à la fois des cotisants de base et ceux qui, éventuellement, pourraient être appelés à les représenter. Si ces conditions ne sont pas réunies, les régimes de sécurité sociale créés risquent de connaître le sort de tant d'organisations coopératives et mutuelles qui ont servi principalement à enrichir les gérants ou les conseils d'administration de ces organismes.

Il importe donc, dans ce domaine d'être très prudent et de ne pas s'inspirer des structures correspondant à la situation des pays occidentaux.

Les difficultés de l'institution d'un système de sécurité sociale dans un pays jeune telle que la Côte d'Ivoire existent, mais elles ne sont pas insurmontables, et si nous les avons rappelées, c'est pour les mieux connaître afin de les mieux résoudre. Les mêmes problèmes ont été résolus par la France au sujet de ses travailleurs agricoles. Ce ne sont pas les moyens de financement qui manquent ; il est toujours possible de trouver un système de prélèvement adapté aux conditions économiques et sociales du pays. Une expérience ouvre la voie, c'est celle du Cameroun qui entretient depuis 1953 un *fonds de solidarité sociale* vis-à-vis de la maladie, sorte de sécurité sociale dont les caisses sont alimentées par des cotisations incorporées aux impôts.

Continuer de soutenir que la sécurité sociale est un luxe pour les pays sous-développés c'est méconnaître l'extraor-

dinaire accélération des progrès techniques en médecine et leurs conséquences économiques. C'est sûrement un moyen de compléter le budget de la santé dont dispose le gouvernement pour le financement de l'action médicale. Dans un pays en pleine évolution, la volonté d'assurer une « protection sociale totale » doit s'affirmer de plus en plus.

CONCLUSION

Au cours de cette étude, sans doute monolithe et incomplète nous avons fait de notre mieux pour dégager les données essentielles de l'évolution des problèmes de santé publique en Côte d'Ivoire. Ce travail laisse apercevoir à la fois la situation encore si frêle de l'héritage qui nous a été légué et les possibilités privilégiées d'un pays qui connaît à la fois une prospérité bien assise, un essor démographique raisonnable et une tranquillité sociale exemplaire.

Comment ne pas envisager l'avenir avec confiance ? Un plan décennal de santé publique qui est en cours de réalisation nous ouvre de grands espoirs, non seulement au plan facile de la mise en chantier, mais au plan de la vie quotidienne représentée par les nécessités d'exploitation.

La préparation du personnel s'effectue au rythme même des réalisations envisagées avec comme perspective la recherche d'une qualification indiscutable.

Enfin tout cet effort relève non pas d'un empirisme au jour le jour, mais d'une conception d'ensemble longuement mûrie et délibérément mise en œuvre à travers des structures qui se veulent souples et efficaces.

S'il fallait résumer en quelques mots les lignes directives dans lesquelles s'est engagée la politique sanitaire de la Côte d'Ivoire nous ne saurions mieux faire que de les emprunter à une étude récente du Docteur Aujoulat. Consacrée à l'évolution médicale dans l'Ouest Africain elle nous paraît s'appliquer d'une manière plus particulière au cas de notre pays.

Le Docteur Aujoulat ramène en effet à quatre les impé-

ratifs d'une action sanitaire adoptée aux jeunes pays indépendants. Les quatre impératifs sont les suivants :

1° Indivisibilité d'un effort sanitaire qui, tout en faisant sa part à la médecine curative maintienne la primauté de la médecine préventive et sociale en les conjuguant dans des institutions communes.

2° Intégration de l'action médicale dans une politique de développement harmonisé.

3° Action éducative pour donner à chaque Etat ses techniciens de la santé et ses travailleurs sociaux.

4° Solidarité nécessaire à la fois sur le plan national et international entre tous ceux qui peuvent concourir à la défense du plus précieux des biens : la santé. C'est sur cette idée de solidarité que nous devons conclure.

LA SOLIDARITE DE LA SANTE

Ce n'est pas par hasard que l'Organisation Mondiale de la Santé a réuni dans une région commune tous les pays d'Afrique qui se trouvent situés au sud du Sahara. Ils appartiennent sans aucun doute à une zone relativement homogène sur le plan de la biologie comme de la pathologie. A travers quelques variantes épidémiologiques, les grands problèmes sont communs et justifiables de solutions identiques.

Il a fallu précisément l'éclatement des anciennes fédérations d'A.O.F. et d'A.E.F. pour que chaque Etat, rendu à lui-même, prenne conscience qu'aucun d'eux ne peut se dissocier de l'ensemble face au péril commun de la contagion.

Bien significatif à cet égard le geste des ministres de la santé de l'ancienne A.O.F. qui ont éprouvé rapidement le besoin d'harmoniser et de coordonner leurs efforts dans la lutte contre les grandes endémies.

La menace épidémique ou endémique ne constitue-t-elle pas en elle-même un irrésistible impératif d'union ?

Ainsi a été décidée la remise en commun des moyens de recherche, d'enseignement, d'enquêtes et l'élaboration tech-

nique dans le cadre d'un office permanent inter-Etats qui peut constituer un puissant instrument au service de la santé publique dans le secteur occidental de l'Afrique.

Les républiques de l'ancienne A.E.F. se trouvent de leur côté moins bien dotées pour mettre en place une coordination aussi poussée. Leur héritage est plus léger. Mais elles ont amorcé, elles aussi, une mise en commun qui pourrait d'ailleurs, sans tarder, déborder le cadre de l'ancienne A.E.F.

Aussi longtemps que subsisteront sur le continent africain ces grands fléaux que sont le paludisme, la trypanosomiase, le pian, la bilharziose, aucun Etat ne peut se dissocier des autres. La nécessité des grands ensembles ne répond pas seulement à des réalités économiques ; elle est imposée également par des microbes, des parasites, des virus et pardessus tout des vecteurs de germes qui ne connaissent pas de frontières.

La synchronisation des campagnes de vaccination ou de traitement de part et d'autre des frontières entre pays limitrophes est devenue une exigence banale, mais combien efficace.

Quant aux programmes d'éradication ou de prophylaxie entrepris sous l'égide des organisations internationales (O.M.S. et F.I.S.E.) notamment, s'ils sont nécessairement individualisés dans le cadre de chaque Etat, ils postulent aussi une harmonisation à l'échelle de plusieurs Etats, voire même de toute une zone. Cette harmonisation se révèle la condition première de leur efficacité, sinon de leur rentabilité.

Ainsi s'affirme sans tarder, par-delà les fluctuations des événements, une solidarité de la santé dont les effets ne peuvent être que salutaires. Qui dit solidarité suggère tout aussitôt interdépendance : pourquoi aurait-on peur du mot ?

Dans le cadre de la réglementation, amorcée par l'office d'hygiène de la S.D.N. et développée par l'O.M.S., les nations des divers continents se sont volontairement liées par de multiples conventions. C'est à ce prix que peuvent être à tout moment conjurées et circonscrites des flambées épidémiques redoutables.

Mais cette interdépendance n'est pas seulement négative :

elle se traduit par une mise en commun d'expériences, d'enquêtes, de découvertes. Elle a abouti depuis dix ans à une mobilisation d'experts et de moyens en faveur des pays les plus démunis.

L'Afrique commence à en avoir largement sa part tout en jouant au sein des organisations internationales un rôle essentiel de stimulant. Ses espérances et ses appels possèdent une valeur dynamique.

RESUME CONCLUSIF

1° La politique sanitaire en Côte d'Ivoire doit être orientée en tenant compte du contexte géographique et humain.

2° La situation sanitaire actuelle est le point de départ des données nouvelles qu'il importe de préciser.

3° L'orientation se résume en la primauté de la lutte contre le sous-développement et l'organisation d'une médecine sociale intégrée tenant compte d'une indispensable coordination.

4° Dans l'avenir il faudra s'efforcer de réaliser la formation des cadres et l'intégration de l'effort médical des collectivités dans le plan général de la santé publique.

Le Président du Jury de thèse,
M. Maurice DEPARIS,
professeur.

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Président du Conseil de l'Université.
Le Recteur de l'Académie,

BIBLIOGRAPHIE

Amon d'Aby (J.-F.) : *La Côte-d'Ivoire dans la Cité Africaine.* Edition La Rose, 1951.

Audebert (Andrée) : *Le service de P.M.I. en République de Haute-Volta. L'enfant en milieu tropical,* n° 12, 1963.

Aujaleu (E.) : *Evolution du rôle de l'hôpital dans le monde qui évolue.* Techniques hospitalières 1961. 17 — (190) — 21625.

Aujoulat (L.-P.) : *Aujourd'hui l'Afrique. Casterman 1957. Les réalités cruciales du développement Africain — Développement et civilisation.* Paris 1960, n° 3, p. 56-66.

Aye (Hippolyte) : *Contribution à l'étude des besoins sanitaires et nutritionnels de l'enfance en Côte-d'Ivoire.* Thèse de Doctorat en Médecine, Toulouse 1962, n° 28, 70 p.

Bapt (R.) : *Propos sur l'Action Sanitaire et Sociale en milieu rural.* Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale. T. II, n° 8 (pp. 739-750).

Bartoume Moussa (G.) : *Les problèmes de santé en République Centrafricaine.* Afrique Médicale 1964, pp. 3, 17, 87-91.

Bonny (J.) : *L'Enseignement Supérieur en Côte-d'Ivoire* (Organisation et importance). 1961.

Boyer (J.) : *Précis d'hygiène.* Editions J.-B. Baillière et Fils, Paris 1961, 1 volume 700 p.

Bridgman (R.-F.) : *L'hôpital rural, la structure et son organisation,* monographie O.M.S. n° 21, Genève 1954, 1 volume, 160 p.

Cadeau : *Message à la Journée Mondiale de la santé, Fraternité du 3 avril 1964.*

Cameroun : *Numéro spécial de l'enfant en milieu tropical,* n° 15, 1964.

Centre international de l'enfance : *Séminaire sur la prévention de l'inadaptation sociale des enfants dans les gran-*

des villes. Réunions et conférences XI. Paris, 11, 12 et 13 décembre 1961.

— *Seminaire sur l'éducation en matière de santé et de nutrition en Afrique au Sud du Sahara.* Pointe-Noire, 5-12 juin 1962. Réunions et conférences XIII, 251 p.

Côte-d'Ivoire : *Colloque médico-Social d'Abidjan, 19 au 23 avril 1960.* Publié par le Centre International de l'Enfance, Paris 1960, 31 p.

— *La Santé Publique en Côte-d'Ivoire.* Chroniques d'Outre-Mer, n° 48, Paris, août-septembre 1958.

— *Le Comité antituberculeux : une expérience d'Education Sanitaire en Côte-d'Ivoire.* 1960.

— *Ministère de la Santé,* Services des Grandes Endemies (Doctrine, organisation, fonctionnement), 27 p.

— *Plan de la Santé de la Côte-d'Ivoire.* Projet de Santé Publique. Rapport de présentation, août 1962.

— *Fascinante Côte-d'Ivoire.* Documents « Panorama du Monde », n° de juillet 1962. Un volume, 96 p.

— *République de Côte-d'Ivoire.* Brochure réalisée par le ministre de l'Information. Imprimée par Edinco, Paris 1964. Un volume, 64 p.

— *La Côte-d'Ivoire à la veille de l'an 6.* La Cité, n° du 2e trimestre 1964.

Debray (J.-R.) : *Le malade et son Médecin.* Editions Médicales Flammarion. Paris 1965. Un volume, 329 p.

Dumont (R.) : *L'Afrique Noire est mal partie.* Collection Esprit, Editions du Seuil, Paris 1962. Un volume, 287 p.

Dupin (Henri) : *Etude des principaux aliments utilisés en Afrique.* L'enfant en milieu tropical, n° 12, 1963, pp. 23-26.

Falade (S. Adelola) : *Le problème des excreta en zone rurale Africaine, le cabinet à fosse.* L'enfant en milieu tropical, n° 5, 1962.

Ferrand (G.) : *Caractéristiques générales du plan hospitalier des territoires d'Outre-Mer.* Techniques hospitalières 1956, *11* (124), pp. 70-73.

— *Le problème des extensions dans la construction des hôpitaux.* Techniques hospitalières 1956, *11* (128), pp. 93-98.

Fournier (Etienne) : *Action Médico-Sociale dans les pays en voie de développement.* Paris 1961, J.-B. Baillière et Fils, auditeurs.

Gabon : *Organisation et Administration Sanitaire.* Afrique Médicale 1964, 3, *16,* pp. 54-55.

Ghana : *An official handbook.* Accra 1961. Un volume, 154 p.

— *National Research Council of Ghana — First annual report of the National Institute of Health and Médical Research.* Accra 1961-1962, 28 p.

Gilbert (Jules) : *L'Education Sanitaire.* Les Presses Universitaires de Montréal, mai 1963. Un volume.

GOARNISSON (J.) et BLANC (C.) : *Guide médical Africain.* Editions Saint-Paul, 776 p.

HAUTE-VOLTA : *La Santé Publique en Haute-Volta.* Afrique Médicale n° 29, avril 1965.

JELLIFFE (D.-B.) et BERNETT (J.-F.) : *Education des mères Africaines en matière d'alimentation de l'enfant en bas âge.* L'enfant en milieu tropical n° 9, 1963, pp. 11-30.

JODIN (R.) : *La politique de Coopération avec les pays en voie de développement. Conférence de Presse de M. Jeanneney sur les travaux d'une commission d'études qu'il présidait.* Le Concours Médical, n° 6, 8 février 1964, pp. 923-932.

LAPEYSSONIE (L.) : *Eléments d'Hygiène et de Santé Publique sous les Tropiques.* Editions Gauthiers-Villlars.

LARIVIERE (M.) : *Problème de la lutte antipaludique.* L'enfant en milieu tropical, n° 21, 1964, pp. 14-23.

MILLA SAM (Ernest) : *L'avenir de la Médecine au Cameroun.* Thèse de Doctorat en Médecine. Paris 1964, 192 p.

NIGÉRIA : *Federal office of statistics. Annual abstracts and Statistics.* Lagos 1961. Un volume, 160 p.

O.M.S. : *Rôle de l'hôpital dans les programmes de protection de la santé.* Rapports Techniques n° 122, Genève 1957. Un volume, 37 p.

— *Appréciation médicale de l'état nutritionnel.* Série de Rapports Techniques n° 258, Genève 1963, 74 p.

PAYET (M.), PÈNE (P.), ARMENGAUD (M.) et SANKALÉ (M.) : *A propos d'une enquête médico-sociale hospitalière effectuée pendant une année à l'hôpital Aristide-Le Dantec.* Bulletin social et médical. Ligue française 1959, 4, 48-74.

RIVES (Maurice) : *La zone D.T.P. (dépistage, traitement, propagande).* Direction des Grandes Endemies. Abidjan, décembre 1962, 52 p.

ROUCH (J.) et BERNES : *Notes sur les prostituées Toutou de Treichville et d'Adjamé.* Etudes Eburnéennes 6, 1957.

SAING-SOPHONN : *La P.M.I. au Cambodge.* Thèse, Paris 1955, 84 p.

SANKALE (M.) : *Les besoins des pays en voie de développement en matière d'équipement hospitalier.* Travail de la Chaire de clinique médicale de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Dakar, 28 p.

SANKALE (M.) et PÈNE (P.) : *Médecine Sociale au Sénégal.* Afrique documents. Dakar 1960. Un volume, 104 p.

SANKALE (M.) et WADE (F.) : *Problèmes de Santé Publique en Afrique Noire.* Médecine d'Afrique Noire, numéro spécial, juillet 1961.

SANKALE (M.) et BA (H.) : *Introduction au problème d'urbanisation dans l'agglomération Dakaroise.* Médecine d'Afrique Noire. Troisième journée Médicale de Dakar.

SENECAL (J.) : *Santé Publique et P.M.I.* L'enfant en milieu tropical n° 5, Paris, Dakar 1962.

— *Tâches et buts de la P.M.I. en Afrique.* L'enfant en milieu Tropical n° 9, 1963.

— *Le Kwashiorkor.* L'enfant en milieu tropical n° 12, 1963.

Tiacoh Nhanan Kouassi (René) : *Contribution à l'étude comparée des Tréponematoses Africaines.* Thèse de Doctorat en Médecine, Paris 1963, 69 p.

Vovor Mawupe (V.) et Edorh (C.) : *La Santé Publique au Togo.* Afrique Médicale n° 29, avril 1965.